




3 1761 12061505 9









Digitized by the Internet Archive  
in 2024 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761120615059>







A1  
YC26  
-551

Government  
Publications  
72



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

# Social Affairs, Science and Technology

# Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, October 29, 2001

Le lundi 29 octobre 2001

Issue No. 37

Fascicule n° 37

**Thirtieth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada.

**Trentième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada.

WITNESSES:  
*(See back cover)*

TÉMOINS:  
*(Voir à l'endos)*





THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Maheu
* Carstairs, P.C.	Morin
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cook	(or Kinsella)
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Keon	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Callbeck substituted for that of the Honourable Senator Robichaud, P.C. (October 28, 2001).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Maheu
* Carstairs, c.p.	Morin
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cook	(ou Kinsella)
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Keon	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Callbeck est substitué à celui de l'honorable sénateur Robichaud, c.p. (le 28 octobre 2001).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TORONTO, Monday, October 29, 2001

(41)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Confederation Room, The Fairmont Royal York Hotel, Toronto, Ontario, at 9:05 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Robertson (7).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Odette Madore

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Radiation Oncology Services:*

Dr. Thomas McGowan, President and Medical Director.

*From the Canadian Taxpayers Federation:*

Walter Robinson, Federal Director.

*From the Canadian Council of Churches:*

Stephen Allen, Member of Commission for Justice and Peace and Co-Chair of the Commission's Ecumenical Health Care.

*From Buffett Taylor Associates Ltd., Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants:*

Edward Buffett, President and CEO.

*As an individual:*

Dr. Michael M. Rachlis.

*From the Medical Reform Group:*

Dr. Joel Lexchin.

*From At Work Health Solutions Inc.:*

Dr. Arif Bhimji, President.

Gery Barry, President and CEO of Liberty Health.

*From the Consumers' Association of Canada:*

Jean Jones, Chair of the Health Committee.

Mel Fruitman, President.

*From the Ontario Association of Optometrists:*

Dr. Joseph Chan, President.

*From Medical Devices Canada (MEDEC):*

Peter Goodhand, President.

*From AstraZeneca:*

Gerry McDole, President and CEO.

*From Comcare Health Services:*

Mary Jo Dunlop, President.

*From St. Michael's Hospital:*

**PROCÈS-VERBAL**

TORONTO, le lundi 29 octobre 2001

(41)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 05, dans la Confederation Room, de l'hôtel Fairmont Royal York, à Toronto, en Ontario, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Robertson (7).

*Également présente:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement: Odette Madore.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

**TÉMOINS:**

*Des Canadian Radiation Oncology Services:*

Dr Thomas McGowan, président et directeur médical.

*De la Fédération des contribuables canadiens:*

Walter Robinson, directeur fédéral.

*Du Conseil canadien des Églises:*

Stephen Allen, membre de la Commission justice et paix et coprésident de la Commission oecuménique sur les soins de la santé.

*De Buffett Taylor Associates Ltd., société d'experts-conseil en avantages sociaux et en mieux-être au travail:*

Edward Buffett, président-directeur général.

*À titre personnel:*

Dr. Michael M. Rachlis.

*Du Medical Reform Group:*

Dr Joel Lexchin.

*De At Work Health Solutions Inc.:*

Dr Arif Bhimji, président.

Gery Barry, président et directeur général de Liberté Santé.

*De l'Association des consommateurs du Canada:*

Jean Jones, présidente du Comité sur la santé.

Mel Fruitman, président.

*De l'Ontario Association of Optometrists:*

Dr Joseph Chan, président.

*Des Instruments Médicaux du Canada (MEDEC):*

Peter Goodhand, président.

*De AstraZeneca:*

Gerry McDole, président-directeur général.

*De Comcare services de santé:*

Mary Jo Dunlop, présidente.

*De l'hôpital St-Michael:*

Jeffrey Lozon, President and CEO.

*From the Association of Ontario Health Centres:*

Gary O'Connor, Executive Director.

*From the Ontario Medical Association:*

Dr. Kenneth Sky, President.

*From The Arthritis Society:*

Denis Morrice, President and CEO.

*From SMARTRISK:*

Dr. Robert Conn, President and CEO.

*From the Canadian Cancer Society:*

Dr. Barbara Whyllie, Director, Cancer Control Policy;

Cheryl Mayer, Director, Cancer Control Programs.

*From the Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and the Addiction Intervention Association:*

Jeff Wilbee, Executive Director.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No.2.*)

Dr. McGowan made an opening statement and answered questions.

At 10:00 a.m., Walter Robinson, Stephen Allen and Edward Buffett made opening statements and answered questions.

At 11:30 a.m., Dr. Lexchin, Dr. Rachlis and Dr. Bhimji made opening statements and with the assistance of Mr. Barry answered questions.

At 1:30 p.m., Ms Jones, Mr. Fruitman and Dr. Chan made opening statements and answered questions.

At 2:30 p.m., Mr. Goodhand, Ms. Dunlop and Mr. McDole made opening statements and answered questions.

At 3:40 p.m., Dr. Sky, Mr. Lozon and Mr. O'Connor made opening statements and answered questions.

At 5:50 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Jeffrey Lozon, président-directeur général.

*De l'Association des centres de santé de l'Ontario:*

Gary O'Connor, directeur général.

*De l'Association médicale de l'Ontario:*

Dr. Kenneth Sky, président.

*De la Société d'Arthrite:*

Denis Morrice, président et directeur général.

*De SAUVE-QUI-PENSE:*

Dr Robert Conn, président et directeur général.

*De la Société canadienne du cancer:*

Dr Barbara Whyllie, directrice, Politique de contrôle;

Mme Cheryl Mayer, directrice, Programmes de lutte contre le cancer.

*De l'Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des toxicomanes:*

Jeff Wilbee, directeur général

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit l'étude de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Pour le texte intégral de l'ordre de renvoi voir le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

Dr. McGowan fait une déclaration et répond aux questions.

À 10 heures, MM. Walter Robinson, Stephen Allen et Edward Buffett font une déclaration et répondent aux questions.

À 11 h 30, les docteurs Lexchin, Rachlis et Bhimji font une déclaration et, avec l'aide de M. Barry, répondent aux questions.

À 13 h 30, Mme Jones et M. Fruitman et Dr. Chan font une déclaration et répondent aux questions.

À 14 h 30, M. Goodhand, Mme Dunlop et M. McDole font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 40, Dr. Sky, MM. Lozon et O'Connor font une déclaration et répondent aux questions.

À 17 h 50, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*Le greffier intérimaire du comité.*

Denis Robert

*Acting Clerk of the Committee*



**EVIDENCE**

TORONTO, Monday, October 29, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, our first witness this morning is Dr. Tom McGowan, President and Medical Director of Canadian Radiation Oncology Services. Thank you for attending here, Dr. McGowan.

If you can begin with a brief opening statement, we would be delighted to ask you some questions.

**Dr. Thomas McGowan, President and Medical Director, Canadian Radiation Oncology Services:** I am appearing before you today to present my company, Canadian Radiation Oncology Services, CROS, as a model of 21st century health care delivery. As well, I should like to address the critical issues of access to treatment and waiting lists. I shall provide you with background about my company and our organizational structure, highlights of our first six months of operation and my recommendations to improve health care in Canada.

First, I want to emphasize why the existence of waiting lists for treatments threatens universal access. When treatment waiting lists become too long, those with connections to the medical profession will try to exploit them and queue-jump. Canadians with money will seek treatment in private clinics in other countries. Patients who receive private treatment see no personal benefit from the public system, and their support for the system will likely wane. Others left to linger on waiting lists feel ignored and ill-treated by the system. Therefore, the priority for maintaining a fair, universally accessible public health care system is to reduce waiting lists.

Innovative solutions like CROS have been instrumental in reducing out-of-country referrals and waiting lists for cancer radiation therapy in Ontario. Although we are a privately run company, CROS is contracted by Cancer Care Ontario, so patients do not pay any fees. Our operational model fits within the principle of public administration as defined by your committee, a single, user-pay model administered by the province.

Last summer, Cancer Care Ontario, CCO, felt the need to increase radiation treatment capacity and to improve patient access to radiation therapy. CCO issued a call for proposals in the fall of 2000, and we were the successful bidder.

We started our operation in February 2001 to treat breast cancer patients who otherwise would have been referred to the United States or Thunder Bay. Very soon after opening, we were able to see up to 20 new patients per week. This is the same number of

**TÉMOIGNAGES**

TORONTO, le lundi 29 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 h 05 pour étudier le système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, notre premier témoin ce matin est le Dr Tom McGowan, président et directeur médical de la compagnie Canadian Radiation Oncology Services. Je vous remercie d'être parmi nous, Dr McGowan.

Si vous pouviez commencer par une brève introduction, nous serions ravis de vous poser ensuite quelques questions.

**Le Dr Thomas McGowan, président et directeur médical, Canadian Radiation Oncology Services:** Je comparais devant vous aujourd'hui pour présenter ma compagnie, Canadian Radiation Oncology Services, ou CROS, en tant que modèle de prestations de soins de santé pour le XXI<sup>e</sup> siècle. Par ailleurs, j'aimerais aborder les questions essentielles que sont l'accès au traitement et les listes d'attente. Je vais vous donner quelques renseignements sur ma compagnie et sur sa structure organisationnelle, je vais relater les faits saillants de nos premiers six mois de fonctionnement et vous offrir mes recommandations pour améliorer les soins de santé au Canada.

Tout d'abord j'aimerais souligner pourquoi l'existence de listes d'attente pour les traitements menace l'universalité de l'accès. Quand les listes d'attente deviennent trop longues, les personnes qui ont des contacts dans le monde médical essaient de les exploiter et de passer avant leur tour. Les Canadiens fortunés vont se faire traiter dans des cliniques privées à l'étranger. Les malades qui sont traités dans des établissements privés ne retirent aucun avantage personnel du système public et leur appui pour ce dernier risque de fléchir. Ceux qui restent sur les listes d'attente se sentent ignorés et mal traités par le système. Par conséquent, la priorité pour maintenir un système de soins de santé public, universellement accessible et équitable passe par la réduction des listes d'attente.

Les solutions novatrices comme CROS contribuent à réduire le nombre de patients envoyés à l'étranger et les listes d'attente en radiothérapie en Ontario. Bien que nous soyons une compagnie privée, CROS travaille sous contrat pour Action Cancer Ontario et les patients ne paient rien. Notre modèle opérationnel cadre avec le principe de l'administration publique tel que défini par votre comité, à savoir un modèle à payeur unique administré par la province.

L'été dernier, Action Cancer Ontario, ou ACO, a ressenti le besoin d'accroître la capacité de radiothérapie et d'améliorer l'accès des patients à la radiothérapie. ACO a donc émis un appel d'offres à l'automne 2000 et notre soumission a été acceptée.

Nous avons commencé à fonctionner en février 2001 pour traiter les personnes atteintes du cancer du sein qui autrement auraient été envoyées aux États-Unis ou à Thunder Bay. Très rapidement après avoir ouvert nos portes, nous avons pu voir



patients who were previously referred to the United States. In May, we expanded our services to prostate cancer patients.

Let me just highlight some of the important points in the remainder of my written presentation. Our working hours are evenings and weekends. This is a more convenient time for patients, and it allows them to continue to maintain their normal daily activities. Often, patients who receive radiation treatment, especially for breast and prostate cancer treatment, are otherwise well and are able to continue their work.

When patients from Toronto and the GTA were sent for treatment down to the United States or up to Northern Ontario, their lives were extremely disrupted. It is less disruptive for patients to receive health care at a time that is convenient for them and to receive that care closer to home. It also saves the provincial government a significant amount of money.

Patients are not referred to us directly. A patient who needs radiation treatment will be referred to his or her designated cancer centre. If the wait at the designated cancer centre is too long, the patient's chart will be sent to Cancer Care Ontario, who will then refer the patient to us.

I would like to talk a little bit about our organizational structure.

Operationally, CROS exemplifies a modern service organization. I believe that the top-down doctor-led hierarchy of current medical practice is an out-of-date model. At CROS, we have reorganized and flattened the traditional approach to radiation therapy for patients. Radiation therapists are the people who actually deliver the radiation treatment and deal with the patients on a daily basis. They are included in the executive decision-making process affecting all aspects of our operations. This direct control and responsibility of radiation therapists has led to greater operational efficiencies in patient and staff scheduling, thereby optimizing machine utilization.

I am particularly proud of CROS's operational model and believe that, if more medical services were reorganized, greater efficiencies for the health care system would be achieved.

The cost savings have been substantial. Previously, when patients were being sent to the United States, the cost was approximately \$15,000 per patient per treatment and another \$5,000 for travel subsidies. To treat the 534 patients we treated in our first six months of operations cost \$1.9 million; this compares to a total cost of \$10.7 million for those patients that we referred to the United States and Northern Ontario.

I should like to make some recommendations regarding monitoring. It is particularly important for breast cancer patients to receive radiation treatment as soon as possible, to reduce the rates of recurrence. Early treatment through lumpectomy and radiation greatly reduces a recurrence and the possibility of a mastectomy. We see a key performance measure for breast cancer

jusqu'à 20 nouvelles patientes par semaine, soit le nombre des cas qui étaient envoyés aux États-Unis. En mai, nous avons élargi nos services pour inclure les patients atteints du cancer de la prostate.

Permettez-moi de souligner certains des points importants figurant dans le reste de mon mémoire écrit. Nous sommes ouverts le soir et le week-end. Ce sont des heures plus pratiques pour les patients et ça leur permet de continuer à se livrer à leurs activités quotidiennes normales. Souvent, les patients qui sont en radiothérapie, spécialement pour le cancer du sein et le cancer de la prostate, sont autrement en bonne santé et capables de continuer à travailler.

Quand on envoyait des patients de Toronto et de la région métropolitaine aux États-Unis ou dans le nord de l'Ontario pour y être traités, leur vie était bouleversée. Il est moins perturbateur pour les patients d'être traités à une heure qui leur convient et près de leur domicile. Par ailleurs, cela fait faire des économies substantielles au gouvernement provincial.

Les patients ne nous sont pas envoyés directement. Un patient qui doit suivre une radiothérapie est d'abord envoyé à son centre de cancérologie désigné. Si l'attente à ce centre est trop longue, le dossier du patient est envoyé à Action Cancer Ontario, qui ensuite nous envoie le patient.

J'aimerais parler un peu de notre structure organisationnelle.

Du point de vue de son fonctionnement, CROS est un exemple d'organisme de services moderne. Je pense que le modèle actuel de cabinet médical, à savoir une hiérarchie dirigée par les médecins, est dépassé. À CROS, nous avons réorganisé et déhiérarchisé l'approche traditionnelle de la radiothérapie envers les patients. Ce sont les radiotechniciens qui prodiguent la radiothérapie et qui traitent avec les patients sur une base quotidienne. Ils sont donc inclus dans le processus décisionnel exécutif concernant tous les aspects de notre fonctionnement. Cette prise de contrôle et de responsabilité directe de la part des radiotechniciens s'est traduite par une augmentation de l'efficacité opérationnelle dans l'établissement des horaires du personnel et des patients, et donc par l'optimisation de l'utilisation des machines.

Je suis particulièrement fier du modèle opérationnel de CROS et je suis convaincu que, si on procédait à une plus grande réorganisation des services médicaux, on rendrait le système de soins de santé beaucoup plus efficace.

Les économies sont substantielles. Du temps où on envoyait les patients aux États-Unis, il en coûtait environ 15 000 \$ par patient et par traitement et 5 000 \$ de plus en frais de voyage. Traiter les 534 patients que nous avons traités pendant les six premiers mois de fonctionnement a coûté 1,9 million de dollars contre 10,7 millions de dollars au total pour les patients qui étaient envoyés aux États-Unis et dans le nord de l'Ontario.

J'aimerais faire quelques recommandations concernant le suivi. Il est particulièrement important que les patientes atteintes du cancer du sein soient traitées par radiothérapie aussitôt que possible afin de réduire le taux de récurrence. Le traitement précoce par tumorectomie et radiothérapie réduit grandement les risques de récurrence et de mastectomie. Nous voyons dans la réduction du



treatment as the reduction of the rates of mastectomies across the province. We recommend that these incidences of mastectomy be monitored nationally to ensure that the current system is achieving the objective of reducing mastectomies.

Current thinking in the field of radiation therapy targets 50 per cent of cancer patients for radiation. In Ontario, about 35 per cent of cancer patients currently receive radiation therapy. We recommend that the percentage of patients utilizing radiotherapy be monitored, with the goal of meeting this international benchmark of 50 per cent utilization. I should note that the Radiation Oncology Research Unit at the Kingston Regional Cancer Centre, led by Dr. Bill Mackillop, has been working on this for many years now.

In conclusion, cancer care is a challenging field. Timely, high quality treatment is important for patients, both physically and mentally. CROS delivers results for its patients. Cancer Care Ontario and the province. I hope that your committee recognizes that innovative solutions like CROS help maintain a publicly administered health care system to benefit all Canadians.

**The Chairman:** Is it fair to say that what you are effectively doing is extending the hours of operation of equipment, which, when you have invested in capital equipment, makes a lot of sense?

**Dr. McGowan:** Yes.

**The Chairman:** It is the same principle of people trying to run computers 24 hours a day.

I was surprised to learn that you do not do any treatment on Saturdays or Sundays.

**Dr. McGowan:** Right.

**The Chairman:** Why?

**Dr. McGowan:** There are two reasons. One is that the radiation treatment schedules that are given to patients for curative treatment have evolved over decades, and the way they have evolved have been five days in a row with a two-day break. It appears that the patients need this for recovery. There have been studies that have tried to use continuous radiotherapy, and the toxicity became unpredictably great.

The second is the need to have the same treatment capacity every single day. Hence, weekly capacity is defined by the lowest capacity in a single day. We are not convinced that we could attract sufficient radiation therapists to reproduce full staffing on Saturdays and Sundays.

**The Chairman:** Are your therapists employed only by you, or are they, effectively, people working overtime from other institutions?

**Dr. McGowan:** Most of our therapists are people that are working overtime from other institutions. However, approximately one third of our treatment capacity comes from people who are working only for us and otherwise would not be working in the

taux de mastectomie dans l'ensemble de la province une mesure clé du succès du traitement du cancer du sein. Nous recommandons que la fréquence des mastectomies soit surveillée à l'échelle nationale afin de s'assurer que le système actuel permet de réduire le nombre de mastectomies, ce qui est l'un de nos objectifs.

On pense actuellement que 50 p. 100 des cancéreux devraient être traités par radiothérapie. En Ontario, environ 35 p. 100 des cancéreux sont actuellement traités par radiothérapie. Nous recommandons que le pourcentage de patients traités par radiothérapie soient surveillés afin d'atteindre l'objectif modèle international qui est de 50 p. 100. Je ferais remarquer que le service de recherche en radio-oncologie du Centre régional de cancérologie de Kingston, dirigé par le Dr. Bill Mackillop, travaille sur ce sujet depuis de nombreuses années.

En conclusion, je dirais que le traitement des personnes atteintes de cancer est un domaine stimulant. Assurer un traitement de haute qualité et en temps opportun est important pour les patients, tant physiquement que mentalement. CROS est efficace pour les patients. Action Cancer Ontario et la province. J'espère que votre comité reconnaît que les solutions novatrices comme CROS contribuent au maintien d'un système de santé public au service de tous les Canadiens.

**Le président:** Est-il juste de dire que, en somme, ce que vous faites, c'est prolonger les heures d'utilisation de l'équipement, ce qui, quand on a investi dans des biens d'équipement, est tout à fait logique?

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le président:** C'est le même principe que d'essayer de faire fonctionner les ordinateurs 24 heures sur 24.

Je suis surpris d'apprendre que vous n'offrez pas de traitement le samedi et le dimanche.

**Le Dr McGowan:** C'est exact.

**Le président:** Pourquoi?

**Le Dr McGowan:** Il y a deux raisons. La première est que le régime de traitement curatif en radiothérapie a évolué au cours des décennies: il est maintenant de cinq jours d'affilée avec un repos de deux jours. Il semble que les patients aient besoin de cette interruption pour se remettre. Plusieurs études sur l'utilisation continue de la radiothérapie ont révélé que la toxicité grandissait de manière imprévisible.

La deuxième raison est la nécessité d'avoir la même capacité de traitement tous les jours. La capacité hebdomadaire est définie par la capacité la plus faible pour un jour donné. Nous ne sommes pas convaincus que nous arriverions à attirer suffisamment de radiotechniciens pour tourner à plein effectif le samedi et le dimanche.

**Le président:** Est-ce que vos techniciens ne sont employés que par vous ou est-ce qu'ils qui travaillent pour vous en plus de leur horaire normal dans d'autres établissements?

**Le Dr McGowan:** La majorité de nos techniciens travaillent en plus de leur horaire normal dans un autre établissement. Toutefois, environ un tiers de notre capacité de traitement est assuré par des gens qui ne travaillent que pour nous et qui autrement ne

system. These are all people that are home with their children during the daytime. In fact, we brought some people back into the workforce who had had part-time jobs. One person had been working as an aerobics instructor; others were working as waiters and bartenders.

**The Chairman:** Effectively, you brought people back to use their acquired skills.

Is the situation the same with your doctors? Are they people who Monday to Friday during normal working hours would be practising oncologists but who do extra work in the evening?

**Dr. McGowan:** Yes. We bring in a Windsor oncologist for Friday and Saturday. Two people come up from Hamilton. One person who is currently working part-time in Toronto works for us; and we have another doctor that comes in from London.

**The Chairman:** Your model fits exactly the model we described — I think it was in chapter 5 — where we talked about extending the service, specialized organizations units and improving patient service.

**Dr. McGowan:** Yes.

**The Chairman:** It seems like such an obviously attractive idea. Why, then, have you not done it at the Ottawa Regional Cancer Centre, just to pick another example?

**Dr. McGowan:** We just started in February. We have been approached by Cancer Care Ontario to look at extending operations.

**Senator Robertson:** You said that referring patients out cost \$10.7 million, against \$1.9 million to treat patients under your program; is that correct?

**Dr. McGowan:** Yes.

**Senator Robertson:** I assume those waiting lists are there because hospitals cannot attract extra staff? If the hospitals could attract extra staff, how would the costs of that compare with your staffing costs?

**Dr. McGowan:** That is a question that is asked. Remember, we are an after-hours clinic.

**Senator Robertson:** Yes, I understand that.

**Dr. McGowan:** We pay a 15 per cent premium to have people work extended hours.

**Senator Robertson:** You charge the public health system, however, correct?

**Dr. McGowan:** Yes.

**Senator Robertson:** Why cannot the hospitals attract people, thereby savings the difference between your costs and theirs? I am sure it is not just because they do not want to do it. This is confusing.

travailleraient pas dans le système. Ce sont des personnes qui sont chez elles pendant la journée avec leurs enfants. En fait, nous avons fait revenir dans la population active des personnes qui occupaient un emploi à temps partiel. L'une d'elle travaillait comme monitrice de gymnastique aérobique, d'autres comme serveuses de restaurant ou de bar.

**Le président:** En fait, vous avez fait revenir des personnes pour qu'elles exercent leurs compétences acquises.

Est-ce la même situation avec vos médecins? Est-ce que ce sont des gens qui, du lundi au vendredi, pendant les heures de travail normales sont des oncologues exerçants, mais qui le soir font des heures supplémentaires?

**Le Dr McGowan:** Oui. Nous faisons venir un oncologue de Windsor le vendredi et le samedi. Deux viennent de Hamilton. Un autre, qui travaille à temps partiel actuellement à Toronto, travaille pour nous; nous avons un autre médecin qui vient de London.

**Le président:** Votre modèle correspond exactement à ce que nous avons décrit, je pense au chapitre 5, où nous parlons de prolonger les services, d'unités organisationnelles spécialisées et d'améliorer les services aux patients.

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le président:** Cela semble être une idée tellement évidente et attrayante. Pourquoi alors ne faites-vous pas la même chose au Centre régional de cancérologie d'Ottawa, pour donner un autre exemple?

**Le Dr McGowan:** Nous n'existons que depuis février. Action Cancer Ontario nous a demandé d'étudier la possibilité d'étendre nos activités.

**Le sénateur Robertson:** Vous avez dit qu'envoyer les patients dans d'autres régions coûtait 10,7 millions de dollars par rapport à 1,9 million de dollars pour les traiter dans le cadre de votre programme, n'est-ce pas?

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Je suppose que les listes d'attente sont dues au fait que les hôpitaux n'arrivent pas à attirer suffisamment de personnel? Si les hôpitaux pouvaient trouver le personnel nécessaire, en quoi leurs coûts se compareraient aux vôtres?

**Le Dr McGowan:** C'est une question qu'on se pose. Rappelez-vous que notre clinique est ouverte en dehors des heures normales.

**Le sénateur Robertson:** Oui, je le comprends.

**Le Dr McGowan:** Nous payons une prime de 15 p. 100 pour retenir les services de personnes qui travaillent en dehors des heures normales.

**Le sénateur Robertson:** Vous la faites payer au système public n'est-ce pas?

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Pourquoi les hôpitaux ne pourraient-ils pas attirer plus de gens, et économiser la différence entre vos coûts et les leurs? Je suis certaine que ce n'est pas uniquement parce qu'ils ne veulent pas le faire. C'est très déroutant.



**Dr. McGowan:** We are different in a couple of ways. First, the organization is solely focussed on delivering patient care. That is our number one and single-most important priority. We do not have competing priorities; in other words, we do not have trade-offs between treating patients and doing anything else.

Second, when you are looking at a single department, the staff come from that single department and your capacity is defined by the lowest common denominator or the area with the lowest capacity. We have been able to attract the key staff, which are therapists and oncologists and physicists, from different organizations. One third of our staff came from other organizations, and we are able to have them work in the evening because we can develop a staffing structure that allows us to deliver full treatment capacity in the evening. For the daytime departments to use these people that were not otherwise working would have required them to extend by a full four hours a night to make it attractive enough for them to come in in the evening.

Third, we brought people from Sunnybrook and Princess Margaret Hospital to deliver the radiation therapy. The oncologists come from different cancer centres. There has to be a match of the key staff. Hence, I think that there was an operational barrier to the daytime operations using the staff in this way.

**Senator Robertson:** Operational barriers in the health system seem to be costing a lot in all areas, not just oncology.

**Dr. McGowan:** Right. They were costing substantially more when we were referring patients out. This is a way to directly deal with the operational barrier.

**Senator Robertson:** As opposed to insisting that the hospitals take the barriers down.

I am not complaining. I think your aggressiveness is good, but it points out, I believe, a failing. Mr. Chairman, where the traditional hospitals and other health care deliverers put these walls around themselves. There seems not to be the type of cooperation there should be.

On the last page of your document here, you say, in part:

Current thinking targets 50 per cent of cancer patients for radiation. In Ontario, about 35 per cent of cancer patients receive radiation therapy.

**Dr. McGowan:** Yes.

**Senator Robertson:** Do you have any statistical evidence of what is happening with those percentages in other provinces?

**Dr. McGowan:** No, I do not. It is a very difficult figure to get at. The Radiation Oncology Research Unit at Queen's in Kingston has looked at this. They have focussed on getting this research and these figures out of Ontario. It is a very difficult figure to get at.

**Le Dr McGowan:** Nous sommes différents à un ou deux égards. Premièrement, notre organisation se préoccupe uniquement de fournir des soins aux patients. C'est notre priorité n° 1 et la plus importante. Nous n'avons pas de priorité concurrente. Autrement dit, nous n'avons pas à choisir entre traiter des patients et faire quelque chose d'autre.

Deuxièmement, quand on n'a qu'un seul service, le personnel est employé dans ce seul service et la capacité de l'organisation est définie par le plus petit commun dénominateur, soit le secteur ayant la plus faible capacité. Nous avons réussi à attirer le personnel clé, à savoir des techniciens, des oncologues et des physiciens, en provenance de différentes organisations. Un tiers de nos employés viennent d'autres organisations et nous pouvons les faire travailler le soir car nous avons mis en place une structure qui nous permet d'assurer une capacité de traitement complète en soirée. Pour que les services de jour puissent avoir recours à ces personnes qui, autrement, ne travailleraient pas, il aurait fallu qu'ils restent ouverts quatre heures de plus le soir pour que ça vaille la peine pour elles de venir travailler en soirée.

Troisièmement, nous avons fait venir des personnes de Sunnybrook et de l'hôpital Princess Margaret pour administrer la radiothérapie. Les oncologues viennent de différents centres de cancérologie. Il faut équilibrer le personnel clé. Par conséquent, je pense que c'est un obstacle opérationnel qui empêche les services de jour d'utiliser leur personnel de cette façon.

**Le sénateur Robertson:** Les obstacles opérationnels dans le système de santé semblent coûter très cher dans tous les secteurs, pas seulement en oncologie.

**Le Dr McGowan:** C'est exact. Ils coûtaient nettement plus du temps où on envoyait les patients à l'extérieur. Notre modèle permet de surmonter directement cet obstacle opérationnel.

**Le sénateur Robertson:** Au lieu d'insister pour que les hôpitaux fassent tomber ces obstacles.

Je ne me plains pas. Je pense que votre agressivité a du bon, mais je pense qu'elle souligne, monsieur le président, une défaillance des hôpitaux traditionnels et des autres fournisseurs de soins de santé qui érigent ces murs autour d'eux. On dirait que le genre de coopération qui devrait exister est absent.

A la dernière page de votre document vous dites, entre autres:

On pense actuellement que 50 p. 100 des cancéreux devraient être traités par radiothérapie. En Ontario, environ 35 p. 100 des cancéreux sont actuellement traités par radiothérapie.

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Avez-vous des statistiques sur ce qui se passe dans les autres provinces?

**Le Dr McGowan:** Non. C'est un chiffre très difficile à obtenir. Le service de recherche en oncologie de l'université Queen's à Kingston se penche sur la question. Il concentre ses efforts sur cette recherche et essaie d'obtenir ces chiffres pour l'Ontario. C'est un chiffre très difficile à établir.

**Senator Robertson:** With the exception of a couple of provinces, I would imagine, I do not think they would be reaching that 35 per cent.

There will be a witness here tomorrow who will present some statistical evidence. We will wait to see whether we get this information.

**Senator Keon:** I hear quite a lot of discussion about the devolution of authority and services from Cancer Care Ontario into the hospitals.

First of all, how much of this is real? How would that affect your ability to do the kind of innovative thing you have been doing? I have been aware of your program for the last number of months and have had an opportunity to talk about it to Dr. Hollenberg on occasion.

If Cancer Care Ontario were devolved into the hospital sector, would you have the capacity to continue what you are doing, to broaden your services to try and avoid people going out of country, for example?

**Dr. McGowan:** I am not sure that I would. I am also not sure that I would not.

I understand the environment that we are working in, and Cancer Care Ontario is the agency that I have a contract with. Cancer Care Ontario has the mandate to ensure that all patients get radiation treatment as required. With Cancer Care Ontario's backing and support, I am able to do this, and it is an easy extension.

If we had to deal with a variety of hospitals, we would then have to sign a contract agreement with each institution. It would certainly change the nature of the relationship in a way that I am not entirely sure I can predict.

**Senator Keon:** I take it that in your long- and short-range planning you rely fairly heavily on population health data that arises out of Health Canada, out of CIHI with the so called "cancer maps." Again, how would it affect your ability to do long- and short-term planning if cancer care were shifted to the broad institutional sector, if cancer care were shifted from Cancer Care Ontario to the broad institutional sector?

**Dr. McGowan:** One of the things I have seen in long-term cancer planning is that one of the only truisms in cancer planning is that the incidence of cancer always increases. There are always more cancer patients than there were the year before, and there are always more patients that need radiation therapy. On a long-term basis, we can be sure that this number will increase by somewhere around 3 per cent to 5 per cent in a predictable way. Where we have a problem is in the year-to-year fluctuation, the random variation around the mean.

Our model of care is to provide the protective capacity or short-term capacity. We can increase our capacity through our model, our staffing model, quickly by three or five patients a week, or we can decrease it in the same way. We have a lot of flexibility.

**Le sénateur Robertson:** À l'exception d'une ou deux provinces, j'imagine, je ne pense pas que ce pourcentage atteigne 35 p. 100.

Nous entendrons demain un témoin qui nous présentera des preuves statistiques. Nous verrons si ce renseignement nous sera donné.

**Le sénateur Keon:** J'entends beaucoup parler de dévolution de pouvoirs et de services aux hôpitaux par Action Cancer Ontario.

Premièrement, dans quelle mesure est-ce réel? En quoi cela aurait-il une incidence sur votre capacité de faire le genre de chose novatrice que vous faites? Je suis au courant de votre programme depuis quelques mois et j'ai eu l'occasion d'en parler avec le Dr. Hollenberg.

Si Action Cancer Ontario devait étendre ses activités dans le secteur hospitalier, auriez-vous la capacité de continuer à faire ce que vous faites, d'élargir vos services pour essayer d'éviter que les gens soient envoyés à l'étranger, par exemple?

**Le Dr McGowan:** Je ne suis pas sûr que je pourrais le faire. Je ne suis pas sûr que je ne pourrais pas le faire.

Je comprends l'environnement dans lequel nous travaillons, et Action Cancer Ontario est l'organisme avec lequel j'ai un contrat. Action Cancer Ontario a pour mandat de s'assurer que tous les patients reçoivent leur radiothérapie en temps opportun. Avec l'aide et l'appui d'Action Cancer Ontario je suis en mesure d'offrir ce service, c'est un prolongement facile.

Si nous devions traiter avec une variété d'hôpitaux, nous serions obligés de signer un contrat avec chaque établissement. Cela modifierait certainement la nature de notre relation d'une manière que je ne suis pas entièrement certain de pouvoir prévoir.

**Le sénateur Keon:** Je suppose que, aux fins de votre planification à long ou à court terme, vous dépendez lourdement des données sur la santé de la population publiées par Santé Canada, par l'Institut canadien de l'information sur la santé, et ce qu'il appelle ses «cartes du cancer». Je me répète, en quoi votre capacité de planifier pour le long et le court terme serait-elle touchée si les services de traitement du cancer étaient confiés au secteur institutionnel, si Action Cancer Ontario en confiait la responsabilité à l'ensemble du secteur institutionnel?

**Le Dr McGowan:** L'une des choses que j'ai remarquées en ce qui concerne la planification à long terme en oncologie est que la seule certitude est que l'incidence du cancer augmente toujours. Il y a toujours plus de cancerux que l'année précédente, et il y a toujours plus de patients qui ont besoin de radiothérapie. À long terme, nous pouvons être sûrs que ce chiffre augmentera d'environ 3 à 5 p. 100. Là où nous avons des difficultés, c'est dans les fluctuations d'une année sur l'autre, les variations fortuites par rapport à la moyenne.

Notre modèle de soins a pour objet de fournir une capacité de protection ou capacité à court terme. Notre modèle en ce qui concerne la composition de notre personnel nous permet d'accroître rapidement notre capacité et de prendre de trois à cinq patients de plus par semaine, ou de la diminuer d'autant. Nous avons une grande flexibilité.



Cancer Care Ontario's long-term planning involves where to put cancer centres and where to expand capacity in a significant way, when to put in new machines, et cetera.

Our capacity is really dependent upon exploiting the unused machine capacity that is available in the evening or perhaps some slight unused capacity that occurs from year to year. If the planning capability is gone and the capacity planning is very poor and we are off by 10 per cent or 15 per cent, then no amount of innovative staffing strategies is going to get around the fact that there is insufficient capital equipment. We really rely on there being sufficient and proper long-term capital planning to allow us to utilize short-term staffing strategies.

I am not sure if that answers your question, but that is my perspective on the planning issue and how it relates to us and long-term planning.

**Senator Keon:** I would like to bring you back to a comment you made about the innovation of your personnel.

I get the distinct impression, from my own years of experience and from the testimony I hear at this committee, that one of the big defects in the health care system is the improper use of personnel. There are highly skilled personnel doing things that they do not have to do at all, things that could be done by less skilled personnel.

First of all, I want to ask you what flexibility you have vis-à-vis the integration of your personnel, in cross-training and in the shift of responsibilities from one group position description to another group position description? How successful have you been in doing that?

**Dr. McGowan:** I think we have been surprisingly very successful in shifting responsibilities between professional groups. The limitations we have are on the licensing issues. There are certain tasks that only a person who has a medical licence is qualified to do; it is similar with respect to a therapist licence.

Beyond that, all of the operational tasks, we have complete flexibility in how we operate. We operate as a true group medical practice, with the physicians covering each other for all of their patients. We have developed true commonality in treatment protocols and treatment approach.

By bringing the radiation therapists into the organization at an executive decision-making level, we are able to — I do not pretend to know how to operate a radiation therapy department — allow them to best decide how to organize their own work life: they are highly skilled professionals.

Thirty years ago, when the educational difference between physicians and allied health professionals was great, it made sense for the physicians to take the lead, because very often the allied

La planification à long terme d'Action Cancer Ontario consiste, entre autres, à choisir où installer les centres de cancérologie, où accroître sensiblement la capacité, quand installer de nouvelles machines, et cetera.

Notre capacité dépend réellement de la mesure dans laquelle nous pouvons exploiter pendant la soirée la capacité inutilisée des machines ou, peut-être, une légère capacité inutilisée qui survient d'une année à l'autre. Si on ne peut plus planifier et si la planification de la capacité est très médiocre et que nous faisons une erreur de 10 à 15 p. 100, on aura beau faire preuve d'innovation en matière de stratégie de dotation, on n'arrivera pas à compenser l'insuffisance des biens d'équipement. Nous dépendons réellement d'une bonne planification à long terme des immobilisations pour pouvoir avoir recours à des stratégies à court terme en matière de dotation.

Je ne sais pas si cela répond à votre question, mais c'est mon point de vue sur la question de la planification et sur son incidence sur notre existence et sur notre planification à long terme.

**Le sénateur Keon:** J'aimerais que nous revenions sur un commentaire que vous avez fait au sujet de l'esprit d'innovation de votre personnel.

J'ai l'impression très nette, tirée de mes propres années d'expérience et des témoignages que j'entends à ce comité, que l'un des gros défauts du système de santé est la mauvaise utilisation du personnel. Nous avons des personnes hautement spécialisées qui font des choses qu'elles ne devraient pas faire, des choses qui pourraient être faites par des personnes moins qualifiées.

Tout d'abord, j'aimerais vous demander de quelle latitude vous disposez quant à l'intégration de votre personnel, la formation polyvalente et le transfert de responsabilité d'une description de fonctions d'un groupe à une autre? Quel est votre succès à cet égard?

**Le Dr McGowan:** Je pense que nous avons réussi de manière étonnante à transférer les responsabilités d'un groupe professionnel à l'autre. Nous sommes limités par les questions de licence. Il y a certaines tâches que seule une personne possédant une licence d'exercice de la médecine est habilitée à faire; c'est la même chose en ce qui concerne la licence des techniciens.

À part ça, pour ce qui est de toutes les tâches opérationnelles, nous disposons d'une flexibilité totale quant à la manière dont nous fonctionnons. Nous fonctionnons comme un véritable cabinet médical de groupe, chaque médecin remplaçant les autres et prenant en charge leurs patients. Nous avons établi une véritable uniformité des approches et des protocoles en matière de traitement.

En incluant les radiotechniciens dans l'organisation, au niveau décisionnel exécutif — je ne prétends pas savoir comment diriger un service de radiothérapie — nous leur avons permis de décider au mieux comment organiser leur propre vie de travail: ce sont des professionnels hautement spécialisés.

Il y a 30 ans, quand la différence de formation entre les médecins et les membres des professions paramédicales était grande, il était logique que les médecins dirigent car, très souvent,



health professionals came into the workforce for 10 years and then left to pursue a family life. Over the last 20 years or 30 years, in the fields I deal with, there has been growing professionalism and increased educational requirements for the allied health professionals. For many of them, their job is no longer just a job; it is a career, a profession that they stay in for a lifetime. We need to recognize that increased professionalism of all the allied health professionals.

The number one thing we have done is to recognize that and shift the responsibility accordingly. If the radiation therapist who heads the planning says to me or to one of the other physicians, "This is going to cause us an extra two hours of work and planning; is there any way to change the process?" that person has the mandate, the authority and the responsibility to look at the process and try to change it. That is a very difficult thing to do in a traditional structure.

**Senator Keon:** Let me push you a little further on that one, that is, to deal with the physician in the integration of the health care team. With respect to method of remuneration, as to whether fee-for-service remuneration works or whether alternate payment plans work better in an integrated team, what is your opinion?

**Dr. McGowan:** I do not think that any single method of payment is necessarily the best. We just have to be very careful in the way that we design them. As long as the goals of the payment system are aligned with the goals of the organization, I think it can work. I think different models work.

My model is on a fee-for-service basis. That focuses the physician on the main shortage in radiation oncology, which was radiation oncology consultation and treatment planning.

I will give you an example. In many of the current models of radiation oncology remuneration across the country, people receive a flat fee for the radiation treatment planning, which is their scarce skill, and they receive a fee for service for the follow-up with patients. Hence, the only way to enhance income is to maintain a large follow-up practice, and I think we see that happening in that there are large follow-up practices.

I think a well-defined alternative payment plan can work, a focussed fee-for-service payment plan where the incentives are appropriate, where they do not incent large volumes of relatively straightforward problems but rather incent people to treat and see those patients where their scarce skills can be used most effectively. In our system, in radiation oncology — which is the only system I really have an in-depth understanding of — the scarce skill is radiation treatment planning — hence, where the incentive and payment system is based upon paying people to do that.

les paramédicaux entraient sur le marché du travail pour une dizaine d'années puis s'en allaient pour fonder une famille. Au cours des dernières 20 ou 30 années, dans les domaines auxquels je suis associé, le professionnalisme et le niveau d'instruction requis des paramédicaux a augmenté. Pour beaucoup d'entre eux, leur travail n'est plus seulement un travail; c'est une carrière, une profession qu'ils exercent toute leur vie. Nous devons reconnaître cette hausse du professionnalisme chez tous les membres des professions paramédicales.

La chose la plus importante que nous ayons faite est justement de reconnaître cet état de fait et de répartir les responsabilités en conséquence. Si le radiotechnicien qui est responsable de la planification me dit à moi ou à l'un des autres médecins: «Cela va nous demander deux heures de plus de travail et de planification; y a-t-il un moyen de modifier le processus?» Cette personne a le mandat, l'autorité et la responsabilité d'étudier le processus et de chercher à le modifier. C'est une chose très difficile à faire dans une structure traditionnelle.

**Le sénateur Keon:** Permettez-moi d'aller un peu plus loin dans cette voie et de parler du médecin dans le cadre de l'intégration de l'équipe de soins de santé. En ce qui concerne le mode de rémunération, à votre avis, dans une équipe intégrée, qu'est-ce qui fonctionne le mieux: la rémunération à l'acte ou un autre mode de rémunération?

**Le Dr McGowan:** Je ne pense pas qu'il y ait un seul mode de paiement qui soit nécessairement le meilleur. Il faut faire très attention à la manière dont on le conçoit. Tant que les objectifs du mode de rémunération sont alignés sur les objectifs de l'organisation, je pense que ça peut fonctionner. Je pense que différents modèles fonctionnent.

Mon modèle est basé sur la rémunération à l'acte. Cela permet au médecin de se concentrer sur le secteur de la radio-oncologie où le manque est le plus grand, à savoir celui de la consultation et de la planification des traitements.

Je vais vous donner un exemple. Dans la majorité des modèles actuels de rémunération en radio-oncologie, dans l'ensemble du pays, les gens reçoivent un honoraire fixe pour la planification de la radiothérapie, la compétence la plus rare, et ils sont rémunérés à l'acte pour les consultations de suivi. Par conséquent, la seule manière pour eux d'accroître leurs revenus est d'augmenter le nombre de consultations de suivi et je pense que c'est ce que nous constatons.

Je pense qu'un mode de rémunération non traditionnel bien défini peut fonctionner, un mode de rémunération à l'acte, ciblé, dans le cadre duquel les incitatifs sont appropriés, à savoir qu'ils n'encouragent pas les médecins à voir un volume important de cas relativement simples mais plutôt à traiter et à voir les cas qui demandent l'exercice de leurs compétences rares. Dans notre système, en radio-oncologie — qui est le seul système que je connais vraiment bien — la planification de la radiothérapie est une compétence rare — par conséquent, le système de rémunération et d'incitatifs vise à encourager les gens à exercer cette compétence.



**Senator Callbeck:** You operate out of the Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre. I read here somewhere that the recommended time from the time of referral to therapy is four weeks?

**Dr. McGowan:** Yes.

**Senator Callbeck:** In your written document, on the second page, you say: "If the wait at their designated cancer centre is too long, the chart will be sent to Cancer Care Ontario."

Does that mean that everybody in Ontario is reaching that target now?

**Dr. McGowan:** No, they are not.

**Senator Callbeck:** Does it mean that if the waiting time is in excess of four weeks at a patient's designated centre, the patient goes to you?

**Dr. McGowan:** Yes.

**Senator Callbeck:** What about transportation? With respect to a patient in Thunder Bay, say, would the patient pay his or her own way, or does the government pick that up?

**Dr. McGowan:** People from Thunder Bay are not travelling down to see us. In fact, Thunder Bay has sufficient treatment capacity, so the people who live in Thunder Bay are not waiting. In fact, Thunder Bay had excess treatment capacity and, as such, were taking people from Southern Ontario.

The people we are seeing live in the local area; therefore, we see people from the Hamilton region and the GTA. They travel on their own. They fall into the same travel requirements that patients that are treated in the daytime do. If accommodation is needed, they can stay at the Canadian Cancer Society Lodge.

**Senator Callbeck:** I see that your annual target was for 500 patients. You have already treated 534 patients, which is quite a lot over what you projected. How many can you possibly take?

**Dr. McGowan:** Our capacity is limited by the availability of machines and the availability of staff.

At the cancer centre that we are operating right now, because of the requirements for machine maintenance and so on, we are essentially close to the maximum machine capacity. We are somewhere around 1,000. I would say, in a year, maybe a little bit more.

**Senator Callbeck:** Has there been any interest from any of the other provinces in your company, or is it too early to tell?

**Dr. McGowan:** No, there has not been any interest from any of the other provinces.

Manitoba has just announced that they will be sending patients from Winnipeg to Thunder Bay for treatment, and I think geographically that makes a lot of sense. There has not been any interest from any other provinces yet. No one has contacted us.

**Senator Callbeck:** You have not contacted them, either; correct?

**Le sénateur Callbeck:** Vous êtes installé au Centre de cancérologie régional de Toronto-Sunnybrook. J'ai lu quelque part que le délai préconisé entre le moment de la recommandation et le début de la thérapie est de quatre semaines?

**Le Dr McGowan:** C'est exact.

**Le sénateur Callbeck:** Dans votre document écrit, vous dites à la deuxième page: «Si l'attente au centre de cancérologie désigné est trop longue, leur dossier est envoyé à Action Cancer Ontario».

Est-ce que cela signifie que ce délai est respecté pour tout le monde en Ontario?

**Le Dr McGowan:** Non.

**Le sénateur Callbeck:** Est-ce que cela signifie que si l'attente dépasse quatre semaines au centre désigné, le patient vous est envoyé?

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Qu'en est-il du transport? Par exemple, un patient venant de Thunder Bay doit-il payer son propre transport ou est-ce que le gouvernement le prend en charge?

**Le Dr McGowan:** Les gens de Thunder Bay ne viennent pas chez nous. En fait, la capacité de traitement à Thunder Bay est suffisante et les gens qui habitent Thunder Bay n'attendent pas. En fait, Thunder Bay a une excellente capacité de traitement et, de ce fait, on y envoyait des gens du sud de l'Ontario.

Les gens que nous voyons vivent dans la région; nous voyons donc des gens de la région de Hamilton et de la région métropolitaine de Toronto. Ils assument leur transport. Pour ce qui est du transport, ils tombent dans la même catégorie que les patients traités pendant la journée. S'ils ont besoin d'un logement, ils peuvent aller à la maison d'accueil de la Société canadienne du cancer.

**Le sénateur Callbeck:** Je vois que votre objectif annuel était de traiter 500 patients. Vous en avez déjà traité 534, soit beaucoup plus que ce que vous aviez projeté. Combien pouvez-vous en prendre en plus?

**Le Dr McGowan:** Notre capacité est limitée par la disponibilité des machines et du personnel.

Au centre de cancérologie que nous dirigeons actuellement, nous approchons de la capacité maximum des machines en raison des besoins d'entretien de ces dernières. Nous sommes à un millier de patients par an, je dirais, peut-être un peu plus.

**Le sénateur Callbeck:** Les autres provinces ont-elles exprimé un intérêt pour votre compagnie, ou est-ce encore trop tôt pour le dire?

**Le Dr McGowan:** Non, aucune autre province n'a exprimé un intérêt.

Le Manitoba vient d'annoncer qu'il enverrait des patients de Winnipeg se faire traiter à Thunder Bay, et je pense que, du point de vue géographique, c'est logique. Aucune autre province n'a encore exprimé son intérêt. Personne ne nous a contactés.

**Le sénateur Callbeck:** Vous non plus, vous ne les avez pas contactés, n'est-ce pas?

**Dr. McGowan:** No, I have not contacted them. The first six months of operation I focussed on making sure that we were delivering good and appropriate clinical care in our location. That was my first and foremost priority.

**Senator Cordy:** Thank you very much for attending here this morning. I would agree with the chairman in saying that is a common-sense solution to things. With Senator Callbeck's comment about other provinces, perhaps we can encourage other provinces to take a look at this model, because it certainly seems to be one worth pursuing.

I have a couple of clarification questions. Patients do not call you directly; correct?

**Dr. McGowan:** That is correct.

**Senator Cordy:** How does that work?

**Dr. McGowan:** Radiation is a tertiary care specialty. Patients are generally first seen by a surgeon for a biopsy. We do not see people for a diagnosis. We are a therapeutic specialty. Patients are referred from their community physician, their community surgeon, their community medical oncologist in one of the cancer centres for consideration of radiation treatment.

In the GTA, patients would then be referred to the Hamilton Regional Cancer Centre, the Princess Margaret Hospital or the Toronto Sunnybrook Regional Cancer Centre. If the waits at those cancer centres are too long, patients are then referred to us through Cancer Care Ontario's referral office.

**Senator Cordy:** Just dealing with the issue of equipment, and you talked about it earlier, we have heard comments from so many witnesses before us about the state of disrepair of equipment in Canada

Is that a concern to your operation?

**Dr. McGowan:** No. Actually, the radiation equipment in Ontario is, by and large, in good shape. It is well-maintained and operational. The state of the equipment is not an issue at this time.

There is, nevertheless, an issue of ongoing machine replacement. These machines need to be replaced every 10 years. We are reasonably close to being on that target in Ontario.

**Senator LeBreton:** I apologize for being a little late. If my question has been asked, please just say so and we will move on.

In your paper you talk about operating out of Sunnybrook and having your own physicians, radiation therapists and support staff and that these people all work during the daytime in other cancer centres. Does that not cause a problem in terms of workload and stress levels?

If there are people who are working during the day at a cancer facility and then working in the evening for you, how do you get around that?

**Le Dr McGowan:** Non, je ne les ai pas contactées. Les six premiers mois, je me suis attaché à offrir dans nos locaux des soins cliniques appropriés et de bonne qualité. C'était ma priorité absolue.

**Le sénateur Cordy:** Merci beaucoup d'avoir été ici ce matin. Je suis d'accord avec le président pour dire que c'est une solution sensée. Pour faire suite au commentaire du sénateur Callbeck concernant les autres provinces, peut-être pourrions-nous les encourager à étudier ce modèle, car il semble certainement valoir la peine d'être exploité plus avant.

J'ai une ou deux précisions à vous demander. Les patients ne vous appellent pas directement, n'est-ce pas?

**Le Dr McGowan:** C'est exact.

**Le sénateur Cordy:** Comment cela se passe-t-il?

**Le Dr McGowan:** La radiothérapie est une spécialité tertiaire. Les patients sont généralement vus d'abord par un chirurgien qui pratique une biopsie. Nous ne faisons pas de diagnostic. Nous pratiquons une spécialité thérapeutique. Les patients sont envoyés par leur médecin de quartier, leur chirurgien local, leur oncologue local dans l'un des centres de cancérologie pour que l'on établisse leur radiothérapie.

Dans la région métropolitaine de Toronto, les patients sont alors envoyés au Centre de cancérologie régional de Hamilton, à l'hôpital Princess Margaret ou au Centre de cancérologie régional de Toront-Sunnybrook. Si l'attente dans ces centres est trop longue, les patients nous sont alors envoyés par le bureau de recommandation d'Action Cancer Ontario.

**Le sénateur Cordy:** Je voudrais parler uniquement de la question de l'équipement; vous l'avez abordée plus tôt, et nous avons entendu un grand nombre de témoins nous dire que, au Canada, l'équipement était en très mauvais état.

Est-ce une préoccupation pour vous?

**Le Dr McGowan:** Non. En fait, dans l'ensemble, en Ontario, l'équipement de radiothérapie est en bon état. Il est bien entretenu et opérationnel. L'état de l'équipement n'est pas un problème pour le moment.

Il existe néanmoins la question du remplacement cyclique des machines. Ces machines doivent être remplacées tous les 10 ans. Nous sommes raisonnablement près de cet objectif en Ontario.

**Le sénateur LeBreton:** Je m'excuse d'être un peu en retard. Si on a déjà répondu à ma question, dites-le moi et nous passerons à autre chose.

Dans votre mémoire, vous dites que votre clinique est installée à Sunnybrook et que vous avez vos propres médecins, radio-techniciens et personnel de soutien et que toutes ces personnes travaillent pendant la journée dans d'autres centres de cancérologie. Est-ce que cela ne cause pas un problème en termes de surmenage et de stress?

S'il y a des gens qui travaillent pendant la journée dans un centre de cancérologie puis viennent travailler le soir pour vous, comment vous en tirez-vous?



**Dr. McGowan:** One of the points I made earlier is that one third of our treatment capacity is provided by people who would not otherwise be working in the system, because they are at home with their children during the daytime. We get around it for therapists by having them work a maximum of one or two shifts a week. Second, we review with Toronto Sunnybrook shift scheduling and the incidence of absences, to see whether there is a correlation between being scheduled on a shift for us in the evening and an absence the next day. With those two mechanisms in place, I also believe people need to have autonomy and respect for their ability to decide for themselves if they are able to work.

The issue of burnout is a real one. If there were an increase in absences, then that person would not be rescheduled.

In addition, given that we have no long-term sustainability, it is very important for us not to burn out our staff. We try not to operate the machines beyond 10:30 at night, so that people can get home in enough time to get a good night's sleep. They do not get free time at home after their shift, but they get home early enough to get a good night's sleep to start work the next day.

People have asked us, "Why don't you extend your capacity by operating until 11:30 or 12:00 at night?" That might be fine for those people on our staff who do not have another job; however, for those who do, I do not think it is sustainable.

**Senator LeBreton:** Are you planning to set up other facilities around Ontario?

**Dr. McGowan:** There are ongoing capacity issues across Ontario, and we have been discussing the possibility of looking at other potential operations with Cancer Care Ontario.

**Senator LeBreton:** I told our chairman that I have a cousin in the Ottawa area who had to go to Thunder Bay and spend quite a lot of time there, with very little support other than the good support that they provided there.

**Dr. McGowan:** Yes, it is a difficult thing for patients to face to have to travel. We did treat people from Ottawa for awhile. We had a number of prostate and breast cancer patients who came to us from Ottawa to be treated.

In the first six months of operation, we focussed very much on ensuring that our operation was sustainable, that our staffing structure was sustainable and that we had good clinical quality. At the beginning, I was maintaining most of the clinical load myself, until other physicians came on board.

**The Chairman:** I have three or four technical questions, and then I will ask you to speculate a bit.

Have you had any trouble with public-sector unions? I ask the question because, in theory, it seems to me that a union could take the position that you are using public facilities and a non-unionized workforce, and then proceed to make the argument

**Le Dr McGowan:** L'une des choses que j'ai dites plus tôt est qu'un tiers de notre capacité de traitement est assuré par des gens qui autrement ne travailleraient pas dans le système, parce qu'ils sont à la maison avec leurs enfants pendant la journée. Pour les techniciens nous nous en tirons en les faisant travailler un maximum d'une ou deux fois par semaine. Deuxièmement, nous examinons l'horaire du personnel de Sunnybrook et la fréquence des absences pour voir s'il existe une corrélation entre le fait de travailler pour nous un soir et une absence ce même jour. Ces deux mécanismes étant en place, je pense que nous devons respecter l'autonomie des gens et leur capacité à décider d'eux-mêmes s'ils sont capables de travailler ou non.

Le problème du surmenage est réel. Si une personne manque trop souvent, nous ne lui donnons pas d'autres quarts.

En outre, étant donné que nous n'avons pas de soutenabilité à long terme, il est très important que nous n'épuisions pas notre personnel. Nous essayons de ne pas faire fonctionner les machines après 22 h 30 afin que les gens puissent rentrer chez eux suffisamment tôt pour avoir une bonne nuit de sommeil. Ils n'ont pas de temps libre chez eux après leur travail, mais ils rentrent suffisamment tôt pour avoir une bonne nuit de sommeil avant de retourner au travail le lendemain.

Les gens nous demandent: «Pourquoi n'augmentez-vous pas votre capacité en restant ouvert jusqu'à 23 h 30 ou minuit?» Ça serait peut-être bien pour les membres de notre personnel qui n'ont pas d'autre emploi, mais pour les autres, je pense que ce n'est pas faisable pour le long terme.

**Le sénateur LeBreton:** Avez-vous l'intention de vous installer ailleurs en Ontario?

**Le Dr McGowan:** Il y a des problèmes permanents de capacité en Ontario, et nous discutons de la possibilité d'ouvrir d'autres centres avec Action Cancer Ontario.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai dit à notre président que j'ai un cousin dans la région d'Ottawa qui a dû aller à Thunder Bay et y passer pas mal de temps avec comme tout soutien l'excellent soutien dont il a bénéficié là-bas.

**Le Dr McGowan:** Oui, c'est difficile pour les patients de devoir se déplacer. Nous avons traité des gens d'Ottawa pendant un certain temps. Un certain nombre de patients atteints du cancer de la prostate et du cancer du sein sont venus d'Ottawa se faire traiter chez nous.

Pendant les six premiers mois, nous nous sommes surtout attachés à nous assurer que notre organisation était durable, que la structure de notre personnel était viable et que nous offrions des soins cliniques de bonne qualité. Au début, j'ai assumé la charge clinique presque entièrement seul jusqu'à l'arrivée des autres médecins.

**Le président:** J'ai deux ou trois questions techniques et ensuite je vous demanderai de faire des suppositions.

Avez-vous eu des problèmes avec les syndicats du secteur public? Je vous pose cette question car, en théorie, il me semble qu'un syndicat pourrait prendre la position que vous utilisez des installations publiques et du personnel non syndiqué et prétendre

that in a sense you are taking away unionized jobs. Has that issue been raised?

**Dr. McGowan:** The unions have not raised the issue that we are taking away public-sector jobs.

The unions have raised the issue that this model falls outside of the Canada Health Act, that it should not have been done in this way, that it should not have been awarded this way, but they have not made the argument that it takes away public-sector jobs.

I do not believe it does; it is not as if there was not the will to increase capacity as much as possible. I think there are organizational blocks.

**The Chairman:** Given all the flak that surrounded Alberta's Bill 11 — and by the way, what you are doing is essentially more or less what the final version of Bill 11 allowed — how have you done this without any flak? It is extremely impressive that you have done it without flak.

**Dr. McGowan:** I am not sure I would say I did it without flak.

**The Chairman:** Perhaps I just did not notice the flak.

**Dr. McGowan:** I did.

**The Chairman:** Welcome to the club. We are always willing to get people who get flak into our tent.

Seriously, was there opposition?

**Dr. McGowan:** Yes, there was. There were groups opposed to it. The prime objective of the group Friends of Medicare, which established itself after the contract was awarded, was to get the government to cancel the contract.

There was a letter from CUPE, I believe, to Allan Rock, stating that the process of awarding a contract should be looked at. There were letters and articles in newspapers, editorials, essentially from people who objected to the operational administration, a private company using public facilities, rather than having the services come from continued public administration.

I think your definition of "public administration" is the one that is most important — the single payer. From the patient's perspective, the system is transparent; the patient does not care, as long as he or she is well-treated and gets good treatment.

**The Chairman:** Has the flak disappeared?

**Dr. McGowan:** It has improved. I think our success has helped to mute it.

What is interesting is that we are getting good press outside of Canada. There was an article in *The Wall Street Journal* in May about this initiative. *The Irish Times* featured an article a week ago Saturday about a reporter who came to Canada to look at the Ontario health care system. The reporter said that the system was pretty good. The article referenced this committee in a way that was supportive of this initiative as a way to improve treatment capacity.

ensuite que, dans un certain sens, vous éliminez des postes syndiqués. La question a-t-elle été soulevée?

**Le Dr McGowan:** Les syndicats ne nous ont pas accusés d'enlever des emplois au secteur public.

Ils ont par contre dit que ce modèle était contraire à la Loi canadienne sur la santé, qu'on n'aurait pas dû procéder de la sorte, qu'on n'aurait pas dû nous accorder le contrat de cette manière, mais ils n'ont pas prétendu que nous enlevions des emplois au secteur public.

Je ne pense pas que ce soit le cas; ce n'est pas comme si la volonté d'augmenter au maximum la capacité était inexistante. Je pense qu'il y a des obstacles de nature organisationnelle.

**Le président:** Étant donné le tollé qu'a déclenché la Loi 11 de l'Alberta — et en passant, ce que vous faites est essentiellement plus ou moins ce que la version finale de la Loi 11 permet — comment êtes-vous arrivé à faire cela sans provoquer de tollé? Je trouve extrêmement impressionnant que vous n'ayez pas provoqué de tollé.

**Le Dr McGowan:** Je ne suis pas sûr de pouvoir dire que je n'ai pas été critiqué.

**Le président:** Peut-être n'ai-je pas remarqué les critiques.

**Le Dr McGowan:** Moi oui.

**Le président:** Bienvenue dans notre club. Nous sommes toujours prêts à accueillir en notre sein les gens qui s'attirent de vives critiques.

Mais sérieusement, y a-t-il eu de l'opposition?

**Le Dr McGowan:** Oui. Il y a des groupes qui ont fait opposition. L'objectif premier du groupe Friends of Medicare, constitué après que le contrat ait été octroyé, était d'amener le gouvernement à résilier ce dernier.

Le SCFP, je crois, a écrit à Allan Rock lui demandant d'étudier la manière dont le contrat avait été accordé. Il y a eu des lettres et des articles dans les journaux, des éditoriaux, de la part de gens qui s'opposaient à notre mode d'administration, à savoir une compagnie privée utilisant des installations publiques, plutôt que de continuer à fournir les services par le biais d'une administration publique.

Je pense que votre définition d'administration publique est très importante: un payeur unique. Du point de vue du patient, le système est transparent; tant que le patient est bien traité et qu'il reçoit un traitement de bonne qualité, le reste lui est égal.

**Le président:** Est-ce que les critiques se sont tues?

**Le Dr McGowan:** Il y a eu une amélioration. Je pense que notre succès a contribué à les atténuer.

Il est intéressant de noter que nous avons bonne presse à l'extérieur du Canada. Un article sur cette initiative a paru dans *The Wall Street Journal*, en mai dernier. La semaine dernière, dans l'édition du samedi de *The Irish Times*, il y avait un article d'un journaliste qui était venu au Canada pour étudier le système de santé de l'Ontario et qui l'avait jugé très bon. L'article faisait allusion à votre comité en décrivant favorablement cette initiative comme moyen d'améliorer la capacité de traitement.



**The Chairman:** We would appreciate you sending the committee copies of those articles, at some point.

**Dr. McGowan:** Sure.

**The Chairman:** How is the company paid? Is it paid on a per-patient basis, or does it depend on whether you are seeing a breast cancer patient or a prostate cancer patient?

**Dr. McGowan:** It is a flat fee per patient.

**The Chairman:** A flat fee per patient?

**Dr. McGowan:** Per patient, yes.

**The Chairman:** How is that fee arrived at?

**Dr. McGowan:** It is the fee that the Ministry of Health pays Cancer Care Ontario per patient.

In addition, given the operational barriers and the fact that we needed to pay people more, the contract also allows for a bonus incentive, based upon volume of patients treated, of \$250 per case once we hit a target of 500, rising to \$500 per case if we hit 750.

**The Chairman:** Just help me a bit: I may also need Senator Keon's help on this.

Typically, in Ontario and elsewhere, hospitals get global budgets.

**Dr. McGowan:** Yes.

**The Chairman:** Hospitals are not paid on the basis of fee for service.

**Dr. McGowan:** Yes.

**The Chairman:** You are paid on the basis of fee for service. I understand that.

Let's take the Ottawa Regional Cancer Centre as an example. It is included in the global budget of the Ottawa Hospital, or does the centre receive a per-patient fee?

**Dr. McGowan:** Organizationally, the cancer centres have separate governance from the hospitals.

**The Chairman:** Like the Heart Institute.

**Dr. McGowan:** I am not sure about the Heart Institute.

**The Chairman:** In this case, it does.

**Dr. McGowan:** Separate governance. There are two organizations that deliver radiation therapy, Cancer Care Ontario and University Health Network. Hence, the budget for the Ottawa Regional Cancer Centre, for instance, flows from the Ministry of Health to Cancer Care Ontario and then from Cancer Care Ontario to the Ottawa Regional Cancer Centre.

**The Chairman:** In other words, you are reimbursed on the same fee-for-service basis that the Regional Cancer Centre would be if that patient were treated during the daytime; correct?

**Dr. McGowan:** Yes, plus the bonus based on volume.

**The Chairman:** Right, but that is an incentive to get more patients?

**Le président:** Notre comité apprécierait que vous lui fassiez parvenir des copies de ces articles un jour ou l'autre.

**Le Dr McGowan:** Bien sûr.

**Le président:** Comment la société se fait-elle payer? Est-ce sur la base de chaque patient ou si le montant varie selon que vous voyez le patient pour un cancer du sein ou de la prostate?

**McGowan:** C'est un montant fixe par patient.

**Le président:** Un montant fixe par patient?

**Le Dr McGowan:** Par patient, oui.

**Le président:** Comment ce montant a-t-il été établi?

**Le Dr McGowan:** Il correspond aux honoraires par patient que le ministère de la Santé verse à Action Cancer Ontario.

De plus, étant donné les difficultés opérationnelles et la nécessité de verser une plus forte rémunération, le contrat prévoit une prime d'incitation calculée selon le nombre de patients traités, soit de 250 \$ par patient au-delà de l'objectif de 500 et de 500 \$ au-delà de 750.

**Le président:** J'ai besoin de votre aide et peut-être aussi de celle du sénateur Keon.

Habituellement, que ce soit en Ontario ou dans une autre province, les hôpitaux reçoivent des budgets globaux.

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le président:** Les hôpitaux ne sont pas financés sur la base du paiement à l'acte.

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le président:** Vous êtes donc payés à l'acte.

Par exemple, prenons le Centre régional de cancérologie d'Ottawa. Son financement est-il inclus dans le budget global de l'Hôpital d'Ottawa ou calculé sur la base du paiement à l'acte?

**Le Dr McGowan:** Sur le plan organisationnel, la gouvernance des centres de cancérologie est séparée de celle des hôpitaux.

**Le président:** Comme l'Institut de cardiologie?

**Le Dr McGowan:** Je ne suis pas certain en ce qui concerne l'Institut de cardiologie.

**Le président:** C'est le cas.

**Le Dr McGowan:** C'est une gouvernance séparée. Deux organisations fournissent de la radiothérapie: Action Cancer Ontario et l'University Health Network. Ainsi, le budget du Centre régional de cancérologie d'Ottawa, par exemple, vient d'Action Cancer Ontario qui reçoit son financement du ministère de la Santé.

**Le président:** En d'autres termes, vous êtes remboursés sur la base du paiement à l'acte tout comme le serait le Centre régional de cancérologie, si le patient était traité durant la journée; est-ce exact?

**Le Dr McGowan:** Oui, plus la prime fondée sur le nombre de patients.

**Le président:** Exact, mais est-ce un incitatif pour avoir plus de patients?

**Dr. McGowan:** Yes.

**The Chairman:** Last question. Do you want to speculate for a minute as to what other areas of medicine this system would work in? It obviously would not work in very unique one-off cases: correct?

**Dr. McGowan:** Right.

**The Chairman:** It would only work in something in which you have a reasonable ongoing volume with a consistent type of treatment.

**Dr. McGowan:** Yes.

**The Chairman:** So where else would it work?

**Dr. McGowan:** The characteristics that make this work, are, number one, it is capital intensive. Second, there is unused capital. I believe it has to be in an area where staffing shortages are a result of there being multiple professions involved — not so much of there being a staffing shortage but a staffing integration issue. And the third characteristic would be related to the staffing shortage of the allied health professionals, where there has been growing professionalism — something like diagnostic imaging, where there is a very straightforward staffing relationship, where there is a technician on the machine and then the information goes to a radiologist, one-off. There has to be relatively complex interactions.

I would say that the model would primarily fit in the surgical specialties, where there are ORs that are underutilized in the afternoons and evenings, where there are significant staffing issues, relationships between nursing, anaesthetists, hospital beds — a model where a lot of different professionals need to be brought together.

What I would do in that instance is bring a group of people together and say, "How can we do this in a slightly different manner? How can we organize what we are doing?" In addition, it has to be a very focussed area. There are issues such as vascular access, where it is a problem when people need vascular access for dialysis or for portacaths, for chemotherapy, other surgical procedures, perhaps medical oncology.

I have not thought enough about it, but those are the key characteristics. It has to involve multiple professionals, where it is always reported that the problem is a staffing shortage but where really I think it involves more of a mismatch.

I met with the Provincial Chief Nursing Officer of Ontario a couple of weeks ago. She said that, in Ontario — and I cannot remember the exact figures — millions of dollars are being spent on overtime and agency nurses. There are very large numbers of nurses — and I do not remember the figure, but it was somewhere around 2,000, 3,000 or 6,000 — who were not working in the profession but who were maintaining their licence. In a time of nursing shortages for beds and ORs, this is an ideal opportunity to bring together these people who obviously are interested in their profession, because they maintain their licence. It would make sense, given the money that is spent on overtime and hiring agency staff: there appears to be a willingness to pay premium

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le président:** J'en arrive à ma dernière question. Pourriez-vous nous dire dans quels autres secteurs de la médecine ce système pourrait fonctionner? Il va de soi que cela ne fonctionnerait pas dans des cas absolument uniques, n'est-ce pas?

**Le Dr McGowan:** C'est exact.

**Le président:** Le système ne fonctionne que lorsqu'il y a un nombre raisonnable de patients qui nécessitent le même type de traitement.

**Le Dr McGowan:** Oui.

**Le président:** Dans ce cas, dans quels autres secteurs fonctionnerait-il?

**Le Dr McGowan:** Les secteurs où cela peut fonctionner sont, premièrement, ceux qui exigent un investissement élevé. Deuxièmement, ceux où des capitaux sont inutilisés. Je suis d'avis qu'il doit y avoir une pénurie de personnel due à l'intervention de plusieurs professions différentes — d'ailleurs, la question n'est pas tant la pénurie comme l'intégration du personnel. Le troisième critère a trait à la pénurie de personnel paramédical d'un professionnalisme croissant — par exemple, en imagerie diagnostique, il y a une relation très directe entre le technicien qui commande l'appareil et les données transmises au radiologue. Il faut qu'il y ait des interactions relativement complexes.

À mon avis, le modèle s'applique surtout dans des secteurs spécialisés de la chirurgie, où il y a des blocs opératoires sous-utilisés en après-midi ou en soirée, d'importantes questions de personnel, des liens entre les soins infirmiers, les anesthésistes, les lits d'hôpital — des secteurs où divers professionnels de la santé doivent intervenir.

Dans un tel cas, je réunirais les professionnels et je leur poserais les questions suivantes: «Est-il possible de changer un peu notre façon de procéder? Comment pouvons-nous organiser nos activités?» De plus, l'activité doit être très spécialisée, par exemple: l'accès vasculaire, qui est nécessaire aux fins de dialyse, la mise en place d'un portacath, la chimiothérapie ou diverses procédures chirurgicales, peut-être en oncologie.

Je n'y ai pas réfléchi longtemps, mais ce sont là les principaux critères. Les activités doivent exiger l'intervention de différents professionnels, un domaine où l'on attribue constamment le problème à la pénurie de personnel, alors que je pense qu'il faudrait surtout blâmer le mauvais agencement des spécialités.

J'ai rencontré l'infirmière en chef de la province il y a une quinzaine de jours. Elle m'a dit que l'Ontario consacre des millions de dollars — je ne peux me rappeler les chiffres exacts — aux heures supplémentaires et aux agences de soins infirmiers. Une multitude d'infirmières — et encore là j'oublie si le nombre est 2 000, 3 000 ou 6 000 — ne travaillent pas dans leur domaine de formation, mais renouvellent constamment leur licence. Comme il manque de lits et de blocs opératoires, c'est l'occasion idéale de rappeler ces infirmières qui, de toute évidence, souhaitent revenir à leur profession, puisqu'elles renouvellent leur licence. Ce serait logique, compte tenu des fonds consacrés aux heures supplémentaires et aux agences de soins



rates. It may not be possible, however; one of the specialties may be working to full capacity.

Until we look at how we can raise the allied health professionals to a level of decision-making, I am not sure we can say that there really is a shortage.

**The Chairman:** Thank you for attending here this morning. Your testimony was fascinating.

Senators, I will introduce our next set of witnesses. We have with us Walter Robinson, the Director of the Canadian Taxpayers Federation, Stephen Allen, on behalf of the Canadian Council of Churches, and Mr. Edward Buffett, the President and CEO of Buffett Taylor, Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants.

I would each of you to make a five-minute presentation, and then we will turn to questions. We will begin with Mr. Robinson.

**Mr. Walter Robinson, Federal Director, Canadian Taxpayers Federation:** Mr. Chairman, it is a pleasure to appear before you and your colleagues here this morning to share our views on Canada's number one social policy challenge.

The CTF was founded in 1990 and has grown in 11 short years to become Canada's largest and most effective taxpayer organization, now boasting some 61,000 members. Our organization is non-partisan and not-for-profit; nor do we receive financial assistance from any level of government.

Although I appear before you in my capacity this morning as federal director, I wish to note that in my community I have served as a trustee on the board of the Ottawa Hospital and currently am a member of the Ottawa Regional Cancer Centre Foundation Board of Trustees.

Allow me to formally begin by commending your activities. To date, your research, hearings and publications have created room on the public policy playing field for an emergent, broad and inclusive debate. This inclusion is fundamental because the health care debate, until recently, was dominated by a limited number of public policy surrogates. Sadly and regrettably, this group has diminished the complexity of health care reform to facile, bipolar country comparisons and/or left versus right ideological disputes. These surrogates have also created a climate where invective rhetoric, slippery-slope logic and personal character attacks have combined to mimic a sustained Arctic cold front that freezes out new entrants or ideas when it comes to health care reform.

Still, Canadians yearn for an ideas-based discussion about all possible options for health care reform. Collectively, we know that we will spend \$95 billion, or 9.3 per cent of our GDP, on health care this year. With health care costs consuming 62 per cent of all provincial budget increases over the last three years, it is clear that health care is a taxpayer issue.

infirmiers, et du fait qu'on semble prêt à verser des taux de salaire majoré. Ce n'est peut-être pas possible, cependant, car une des spécialités donne peut-être son maximum.

Tant qu'on ne cherchera pas à élever le personnel paramédical au niveau décisionnel, je me demande si l'on peut réellement parler de pénurie.

**Le président:** Merci d'être venu nous rencontrer ce matin. Votre témoignage a été fascinant.

Sénateurs, je vous présente notre prochaine série de témoins: MM. Walter Robinson, directeur de la Fédération des contribuables canadiens, Stephen Allen, qui témoigne au nom du Conseil canadien des Églises, et Edward Buffett, président-directeur général de Buffett Taylor & Associates Ltd., société d'experts-conseils en avantages sociaux et en mieux-être au travail.

J'invite chacun de nos témoins à faire un exposé de cinq minutes qui sera suivi d'une période de questions. Je vous donne la parole, monsieur Robinson.

**M. Walter Robinson, directeur fédéral de la Fédération des contribuables canadiens:** Monsieur le président, je suis heureux de comparaître devant vous et vos collègues ce matin, pour vous exposer notre point de vue sur la principale difficulté que soulève la politique sociale du Canada.

Établie en 1990, la FCC a pris tant d'expansion au cours de ces 11 brèves années qu'elle est devenue la plus grande et plus efficace organisation de contribuables au Canada; elle peut se vanter de compter 61 000 membres. Notre organisation est apolitique et sans but lucratif; elle n'est subventionnée par aucun ordre de gouvernement.

Même si je comparais devant vous ce matin en ma qualité de directeur fédéral, je signale que j'ai déjà siégé à titre d'administrateur au conseil d'administration de l'Hôpital général d'Ottawa et que je suis actuellement membre du conseil d'administration du Centre régional de cancérologie d'Ottawa.

Tout d'abord, je vous félicite pour vos travaux. À ce jour, vos recherches, vos audiences et vos rapports suscitent un débat ouvert et inclusif sur la politique gouvernementale. Cette inclusion est fondamentale, parce que le débat sur les soins de santé a été jusqu'à maintenant dominé par un petit nombre d'intervenants dans le domaine de la politique officielle. Malheureusement, ce groupe a réduit la complexité de la réforme des soins de santé à des comparaisons nationales faciles et bipolaires ou à des différends idéologiques droite-gauche. Ces intervenants ont aussi créé un climat où la combinaison de propos offensants, de raisonnements tendancieux et d'attaques personnelles s'apparente à un front de froid arctique qui gèle tout nouvel intéressé ou toute idée novatrice en ce qui concerne la réforme des soins de santé.

Pourtant, les Canadiens aspirent à une discussion de fond de toutes les options possibles concernant cette réforme. Collectivement, nous savons que nous allons consacrer cette année 95 milliards de dollars, ou 9,3 p. 100 de notre PIB, aux soins de santé. Étant donné que les soins de santé accaparent 62 p. 100 des augmentations budgétaires de toutes les provinces

Last month, we released a major research and position paper entitled "The Patient, The Condition, The Treatment," copies of which were provided to you last week. In that paper, which we hope to discuss in greater length during our interactive dialogue this morning, we outline seven core beliefs: the first is that health care is in a state of crisis; second, Canadians are ahead of their politicians on the need for reforms; third, health care is a shared jurisdiction between Ottawa and the provinces; fourth, the Canada Health Act is not the Bible; fifth, it is impossible to measure health care systems by numbers alone; sixth, our present debate is too continental and not global; and seventh, quality and excellence must be the primary focus of options for reform, not cost containment.

The development of health care policy in Canada over the past century reveals that Canadians can handle exhaustive and sometimes painful debate; hence, we owe it to ourselves to mirror and build upon this history by objectively considering all options for reform. The logical starting point is a review of the Canada Health Act, since it is the de facto standard by which all reform options are judged.

Increasingly, scholars and medical practitioners have converged around one dominant school of thought about the act: that is, that it constrains provincial initiatives and its core principles are often in conflict with each other. Meanwhile, public opinion reveals a thirst for fundamental changes, even if these changes contravene some of the act's principles.

The act, in part, has also fuelled the fight between Ottawa and the provinces over historic and recent funding levels. While some jurisdictional tension, we admit, is inherent and necessary for our federal system to work, it has reached a counterproductive level.

In the provincial capitals, health ministers, regardless of partisan stripe, have all stated that health spending increases that double or even triple annual revenue growth are unsustainable, yet they continue to do so in each provincial budget. If this spending continues unabated, today's tax cuts versus social investments debates, which we all are well aware of, will quickly give way to tomorrow's spending cuts versus spending cuts debate. Legislatures will be forced to choose between MRIs and textbooks or, worse still, coronary bypass versus cancer tumour resection. Provinces will need only two ministries, finance to collect the money and health to spend it.

Our estimates point to this troubling tomorrow coming as soon as 2007 for the provinces of British Columbia and Newfoundland when health care spending is projected to consume 50 per cent of all resources. Similar fates await Alberta, Manitoba and Saskatchewan in 2012, 2014 and 2019 respectively.

depuis trois ans, il va sans dire que cette question intéresse les contribuables.

Le mois dernier, nous avons publié un important document de recherche et de position intitulé «Le patient, la maladie, le traitement», dont nous vous avons fait parvenir des exemplaires la semaine dernière. Dans ce document, que nous souhaitons discuter en détail au cours de notre dialogue interactif ce matin, nous faisons ressortir sept convictions de base: premièrement, le milieu de la santé est en crise; deuxièmement, les Canadiens sont mieux placés que les politiciens pour savoir que des réformes s'imposent; troisièmement, la santé est un champ de compétence que se partagent Ottawa et les provinces; quatrièmement, la Loi canadienne sur la santé n'est pas la Bible; cinquièmement, les systèmes de santé ne peuvent être évalués uniquement au moyen de chiffres; sixièmement, le débat actuel est trop continental, pas assez mondial; septièmement, les principaux objectifs doivent être la qualité et l'excellence, et non la compression des dépenses.

Durant l'élaboration de la politique de soins de santé tout au long du siècle dernier, les Canadiens ont démontré qu'ils sont capables de gérer un débat de fond malgré les difficultés que ce la comporte parfois. Il n'en tient donc qu'à nous de nous inspirer de cette expérience et d'étudier objectivement toutes les solutions de réforme. La première chose logique à faire est de revoir la Loi canadienne sur la santé, puisqu'elle constitue la norme de facto en fonction de laquelle seront jugées les options de réforme.

De plus en plus, les universitaires et les médecins s'entendent pour dire que cette loi décourage l'innovation, restreint les initiatives provinciales et repose sur des principes souvent contradictoires. En attendant, l'opinion publique réclame des changements fondamentaux, même si ces derniers vont à l'encontre de certains principes de la loi.

Le conflit qui oppose Ottawa et les provinces au sujet des niveaux historiques et actuels de financement est en partie inhérent à notre système fédéral, mais il est clair que les tensions qu'il engendre sont improductives.

Dans les capitales provinciales, les ministres de la Santé, peu importe leur allégeance, ont tous déclaré que la hausse des dépenses en matière de santé atteint des niveaux équivalant au double ou même au triple la croissance annuelle des recettes, est insoutenable, pourtant ces dépenses continuent de grimper dans le budget de chaque province. Si cette croissance se maintient, le débat d'aujourd'hui pour ou contre les réductions fiscales et l'accroissement des dépenses cédera vite la place au dilemme de demain: la technologie IRM par opposition aux manuels d'enseignement ou, pire encore, le pontage coronarien par opposition à la résection d'une tumeur cancéreuse. Les provinces n'auront besoin que de deux ministères: les Finances pour percevoir les fonds et la Santé pour les dépenser.

Nos estimations laissent entrevoir des lendemains préoccupants, qui se présenteront dès 2007 pour la Colombie-Britannique et Terre-Neuve, où les dépenses au chapitre des soins de santé accapareront, selon les prévisions, la moitié de toutes les ressources. Le même sort attend l'Alberta, le Manitoba et la Saskatchewan en 2012, 2014 et 2019 respectivement.



At the root of this problem is medicare itself and its flawed economics. Its present pay-as-you-go funding configuration is unsustainable. In this context, it is somewhat similar to an illegal pyramid scheme. Today's surgeries are paid from yesterday's tax collections, but we know with demographics that the pyramid at the bottom is getting smaller, not bigger.

Funding flows from taxpayers through a variety of intermediaries — government, insurers, et cetera — and insulates patients from the financial ramifications of their consumption decisions. As a result, we are left with a patchwork system of perverse incentives for patients, doctors, bureaucrats and politicians — and you can refer to appendix C of our paper for specifics. This perversion serves to drive up costs and vaccinates the system against innovative options that could improve quality and health outcomes.

Even more damaging is the assessment by the World Health Organization that last year rated the health care systems of 191 countries — Canada ranked 30th. Dr. Chris Murray, the director of evidence-based medicine for the WHO, put it bluntly: "Canada does not have the best health care system in the world."

The lesson is clear. We should examine the best practices in terms of funding, service delivery and financing from these other countries and adopt them to our own Canadian situation — and the sooner, the better.

Turning to system cost drivers, demographic pressure is already upon us and, by 2020, will ensure that 60 per cent of health care expenditures will be consumed by those aged 65 or older, compared to 45 per cent now. Societal aging is irreversible, and we all know the ramifications as well for the practitioners of health care.

On the technological front, advances in rational drug design, genetic mapping, artificial blood, just to scratch the surface, bring exciting promise and hope to millions, if not billions, worldwide, yet they come with a cost.

Pharmaceuticals now consume more resources than physician billings. With new and aggressive drug therapies in the works to treat a variety of conditions, from cancer to the protein-based diseases of aging like Parkinson's and Alzheimer's, it is axiomatic again that costs will only escalate.

Finally, patient demands and expectations for right here, right now services will magnify exponentially. To date, the reforms in our system have been supply-side driven. To be fair, some modest economies have been found, but patient demand, patient responsibility and the perverse incentives inherent in our system have largely been ignored as focal points for reform.

Ce problème est attribuable au régime même d'assurance-maladie et à ses mauvais principes économiques. La configuration actuelle de financement par répartition est insoutenable. Dans ce contexte, elle fait penser à une opération pyramidale illégale. Les chirurgies d'aujourd'hui sont payées avec les recettes fiscales d'hier, mais les données démographiques montrent clairement que la base de la pyramide devient plus petite, et non plus grande.

Le régime est financé par les contribuables par le biais de divers intermédiaires — le gouvernement, les assureurs et bien d'autres — et les patients ne connaissent pas les conséquences financières de leurs décisions quant à leur consommation de soins médicaux. C'est ainsi que nous nous retrouvons avec un ensemble de mesures disparates qui satistent, de manière pernicieuse, les patients, les médecins, les bureaucrates et les politiciens — je vous renvoie à l'annexe C de notre document pour plus de détails. Cela ne contribue qu'à faire grimper les coûts et à rendre le système de santé imperméable à toute solution novatrice visant à améliorer la qualité des soins et leurs résultats sur la santé.

Ce qui a fait encore plus de tort, c'est l'évaluation faite l'année dernière par l'Organisation mondiale de la Santé des régimes de soins de santé de 191 pays — le Canada se classe au 30<sup>e</sup> rang. Dr Chris Murray, directeur de la médecine fondée sur l'expérience clinique à l'OMS, l'a dit brutalement: «Le Canada n'a pas le meilleur régime de soins de santé au monde».

La leçon est claire. Il faut nous inspirer, en matière de financement et de prestation des services, des meilleures pratiques des autres pays et les adapter au contexte canadien — le plus tôt sera le mieux.

Quant aux facteurs de coûts du système, les pressions démographiques s'exercent déjà et d'ici 2020, de sorte que 60 p. 100 des dépenses en soins de santé viseront le groupe des 65 ans et plus, comparativement à 45 p. 100 actuellement. Le vieillissement de la population est irréversible et nous en connaissons les répercussions aussi bien que les professionnels de la santé.

Du point de vue technologique, les progrès réalisés concernant l'élaboration rationnelle de substances thérapeutiques, la cartographie génétique, le sang artificiel, pour n'en nommer que quelques-uns, représentent une promesse excitante et un espoir pour des millions, sinon des milliards, dans le monde, mais ils ont un coût.

Les médicaments coûtent maintenant plus cher que les honoraires des médecins. Avec les nouvelles pharmacothérapies agressives pour traiter divers troubles, allant du cancer aux maladies basées sur les protéines, telles que les maladies de Parkinson et d'Alzheimer, il est axiomatic encore une fois que les coûts ne feront qu'augmenter.

Enfin, les exigences et les attentes des patients à l'égard de services «ici et maintenant» augmenteront de façon exponentielle. Jusqu'à maintenant, les réformes du système de santé canadien ont été axées sur l'offre. De modestes économies ont peut-être été réalisées, mais les demandes des patients ont été complètement ignorées dans ces réformes: ces dernières n'ont pas cherché non

Health care is complex and there are no magic-bullet solutions, but at the legislative level, we believe that a modernization of the Canada Health Act is long overdue. Its five current principles should be replaced by the following six: public governance, universality, quality, accountability, choice and sustainability.

At a structural level, guiding principles of reform include: individual accountability and responsibility, perhaps co-payment, like every other OECD nation; intergenerational fairness — pre-funding of health care expenditures, such as Singapore; and the embrace of innovative approaches with respect to capital construction, service provision and technology renewal.

Mr. Chairman, the principal and laudable aim of medicare was to provide health services without hindrance. The greatest hindrance to reform to date are those who have the intransigence to refuse and accept that the problem with health care is the system itself.

I should like to conclude on a personal note. Thirty-five years ago, I was born in this city at the old Doctors Hospital. As a very sick three-year-old, 32 years ago health professionals at The Hospital for Sick Children worked for four years to save my life from a very serious illness. My family received great health care in this community, and the cancer services that my father received at Princess Margaret allowed him to die with a degree of dignity.

Today in Ottawa, the story is the same for my family, as I hope it is for everybody in this room, at this panel and behind me, but we can and must do better.

The sign of a healthy democracy is one that finds fault with itself, for if it cannot, it has ceased to be a democracy. We must succeed in this debate. Anything less constitutes a disservice to those who went before us, to the health care practitioners who work so hard for us today, and it would be an inexcusable abdication of our responsibility to future generations of Canadians.

We urge you to consider our ideas for reform and options to build a better health care system.

**Mr. Stephen Allen, Member of the Commission on Justice and Peace and Co-chair of the Commission's Ecumenical Health Care, Canadian Council of Churches:** Members of the committee, on behalf of the network I thank you for this opportunity to comment on some of the options that you have suggested in "Issues and Options."

Historically, Canadian churches have contributed to the development of Canada's publicly funded and administered health care system as service providers, stakeholders — pastoral ministries, chaplaincy services — and as supportive advocates of new ideas and approaches — community-based programs such as parish nursing. For Christians, Jesus has taught us that illness or

plus à responsabiliser les patients ni à mettre fin aux mesures pernicieuses inhérentes à notre système.

Le régime de soins de santé est complexe et il n'existe pas de solution miracle, mais sur le plan législatif, il y a longtemps que la Loi canadienne sur la santé aurait dû être modernisée. Il y aurait lieu de remplacer ses cinq principes actuels par les six suivants: régie publique, universalité, qualité, responsabilisation, choix et durabilité.

Sur le plan structurel, les principes directeurs de la réforme incluent: la responsabilisation et la responsabilité de chacun, entre autres, par la participation aux coûts, comme dans tous les autres pays membres de l'OCDE; l'équité entre les générations — le préfinancement des dépenses en santé, comme à Singapour; et l'adoption d'approches novatrices à l'égard de la création de capital fixe, de la prestation de services et du renouvellement de l'équipement technologique.

Monsieur le président, le premier objectif, tout à fait louable, de l'assurance-maladie consistait à fournir des services de santé sans qu'il y ait d'obstacles. Aujourd'hui, le principal obstacle à la réforme est l'intransigeance de ceux qui refusent de reconnaître que le problème, c'est le système même.

Je voudrais terminer sur une note personnelle. Il y a 35 ans, je suis né dans cette ville au vieux Doctors Hospital. Atteint d'une très grave maladie dès l'âge de trois ans, c'est-à-dire il y a 32 ans, j'ai bénéficié des efforts que les professionnels de la santé de l'hôpital pour enfants ont déployés pendant quatre ans pour me sauver la vie. Ma famille a reçu des soins de santé excellents dans cette collectivité et les services de cancérologie que mon père a reçus au Princess Margaret lui ont permis de mourir dignement.

Aujourd'hui, à Ottawa, c'est la même chose pour ma famille et, je l'espère, pour tous ceux qui sont ici, devant et derrière moi, mais nous pouvons et devons faire mieux.

Une saine démocratie est celle qui sait reconnaître ses défauts, faute de quoi, elle n'est plus une démocratie. Nous devons sortir gagnants de ce débat. Sans cela, nous rendrons un bien mauvais service à ceux qui nous ont précédés ainsi qu'aux professionnels de la santé qui travaillent si fort pour nous aujourd'hui et nous manquerons de façon inexcusable à notre devoir envers les futures générations de Canadiens.

Nous vous exhortons à prendre en considération nos idées sur la réforme ainsi que les diverses options pour bâtir un meilleur système de soins de santé.

**M. Stephen Allen, membre de la Commission justice et paix, et co-président de la oecuménisme sur les soins de la santé, Conseil canadien des Églises:** Membres du comité, au nom des membres de la Commission, je vous remercie de nous avoir invités à faire des observations sur certaines options proposées dans votre rapport intitulé «Questions et options».

Historiquement, les Églises canadiennes ont contribué au développement d'un système de santé financé et géré publiquement, à leur qualité de fournisseurs de services, d'intervenants — ministères pastoraux, services d'aumônerie — et de fervents partisans d'idées et d'approches nouvelles — programmes communautaires tels que le programme paroissial de



more important, wellness requires spiritual as well as physical well-being.

Our written presentation comments on six areas: first, principles for the provision of health care; second, financing health care; third, accountability of all levels of government; fourth, the need for evidence-based research; fifth, expanding health care to include pharmacare and home care; and sixth, our support and acknowledgment for the work you have done in focussing on the determinants of health in ensuring integrated strategies and programs.

Members of our network support the five principles of the Canada Health Act. These five principles enjoy public support and must serve as a starting point in our discourse on reforming health care in Canada.

Our support is based on the following principles and values, which we believe serve to uphold those included in the Canada Health Act. The first is the dignity of the person. The second principle is the right to health care, regardless of one's wealth or status in society. The third is health care as a service available in response to need; in other words, health care service should not be viewed as a product or a commodity. The fourth is that health care providers should not be diverted from their primary responsibility — the relief of suffering, the prevention and treatment of illness and the promotion of health. Underlying this responsibility, in our view, is a relationship between provider and patient based on trust. The fifth principle is wise stewardship. It is not possible, and we recognize this, to do everything we might wish to do in our health care system. Making decisions about priorities will involve public policy debates involving citizens and Parliament. Finally, equity, collective responsibility to each other, compassion and caring are the values we consider fundamental, and these values should guide us in reforms that we acknowledge need to be made.

I would like to acknowledge the four objectives that you have outlined in chapter 8, "Financing Health Care in Canada" — and I will come back to those a bit later.

Our health care system is based on the value that all citizens share the risks. No one wants to have an accident. No one wants to become ill or to develop a life-threatening disease. We draw comfort in knowing our health care system is there should we need it. Sharing this risk represents something of a social covenant among citizens. It is a value to be lifted up, protected and cherished.

In our written brief are questions about the spending in this country as compared to other countries, and we look forward to further reports from this committee.

soins infirmiers. En tant que chrétiens, nous croyons que Jésus nous a enseignés que la maladie ou, plus important encore, le bien-être passe par la santé spirituelle aussi bien que physique.

Nos observations écrites portent sur les six aspects suivants: premièrement, les principes de la prestation des soins de santé; deuxièmement, le financement des soins de santé; troisièmement, l'obligation de rendre compte de tous les ordres de gouvernement; quatrièmement, le besoin d'effectuer une recherche fondée sur l'expérience clinique; cinquièmement, l'extension des soins de santé pour inclure l'assurance-médicaments et les soins à domicile; sixièmement, notre soutien et notre reconnaissance à l'égard des travaux que vous avez accomplis en mettant l'accent sur les facteurs de santé pour garantir l'intégration des stratégies et des programmes.

Les membres de la Commission appuient les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé. Ces cinq principes bénéficient également de l'appui de la population et doivent être le point de départ de notre discours sur la réforme du système de santé au Canada.

Notre appui est fondé sur les principes et les valeurs qui suivent et qui, à notre avis, confortent les principes énoncés dans la Loi canadienne sur la santé. Le premier est la dignité de l'être humain. Le deuxième est le droit de toute personne à des soins de santé, peu importe sa richesse ou son statut social. Le troisième est que la prestation des soins de santé est un service offert pour répondre à un besoin; en d'autres termes, un service au chapitre des soins de santé ne devrait pas être considéré comme un produit ou une marchandise. Selon le quatrième, les professionnels de la santé ne devraient pas être détournés de leur responsabilité première — soulager la souffrance, prévenir et traiter la maladie et promouvoir la santé. À notre avis, cette responsabilité repose sur une relation de confiance entre le soignant et le patient. Bien sûr, on ne peut pas faire tout ce que l'on voudrait avec le régime canadien des soins de santé. La prise de décision concernant les priorités suppose que les Canadiens et les parlementaires soient invités à débattre de la politique officielle. Enfin, l'équité, la responsabilité de chacun envers l'autre, la compassion et l'attention sont des valeurs que nous considérons fondamentales et qui devraient orienter les réformes qui, nous le reconnaissons, s'imposent.

Je suis d'accord avec les quatre objectifs que vous avez définis au chapitre 8 sur le financement des soins de santé au Canada, et je vais y revenir un peu plus tard.

Notre régime de soins de santé est fondé sur le principe voulant que tous les citoyens partagent les risques. Personne ne souhaite un accident. Personne ne souhaite une maladie, qu'elle soit bénigne ou mortelle. On est réconforté à l'idée de pouvoir compter sur le régime des soins de santé, si jamais on en avait besoin. Le partage des risques représente une sorte de pacte social entre les citoyens. C'est une valeur à faire valoir, à protéger et à chérir.

Dans notre mémoire, nous nous interrogeons sur les dépenses consenties au Canada par rapport à celles qui le sont dans d'autres pays, et nous attendons avec impatience d'autres rapports de votre comité.

Let me quote Joseph Stiglitz, a Noble prize winning U.S. economist. He was commenting on the growing unemployment in the U.S. prior to the tragic events on September 11, and he said, in part: "What worries me is that we don't have a safety net. We don't have adequate welfare or unemployment insurance." He went on to say that, worse still, U.S. workers who lose their jobs typically also lose their health coverage, exacerbating the pain. You know well the number of citizens in the U.S. who either have no coverage or very limited coverage, and most of them work. Our system, as imperfect as it is, we believe provides a measure of security and comfort to citizens in this country.

Let me also quote Steven Derks, the Vice-President of Advocate Health Care, a religious-based health care provider in Chicago. This quote is taken from a October 13 meeting in Chicago of public policy directors of the Evangelical Lutheran Church in America. They provide over \$2.7 billion in care annually in the Chicago area. He said of U.S. health care the following:

We do not have a health care system in the U.S. What we have is a constellation of services that exist in separate silos, that are hard to trade off and which are responsive to the reimbursement mechanism... Whole patient care is good but it is awkward for U.S. providers.

As we consider the options of expanding for-profit provision in our health care system, we recommend and hope that much more evidence will be provided that avoids fragmenting our health care system.

In terms of some of the options that you have outlined, and I must say, you have provoked our thinking, we would ask if the proposed options outlined in chapter 8 enhance the availability of publicly administered services to the vulnerable sectors of our country and to the vulnerable regions of our country. Your committee's own research helpfully points to some of the flaws, for example, in user charges. The system would not necessarily generate much revenue. It can be a disincentive for poorer citizens seeking care, and my own experience outside of Canada certainly substantiates this. Would a user fee system based on income further stigmatize poorer citizens in our community? If poorer people were excluded from user charges, would this lead to resentment by those who pay user fees?

Your report helpfully cites some evidence from Sweden. The system is not designed to generate revenue, but, as you note, it is intended to change the behaviour of citizens to prevent misuse of the system. We would ask the following questions: has it in fact done this? Do Swedes, as a rule, misuse and abuse their health care system? Do caregivers contribute to this problem?

Permettez-moi de citer Joseph Stiglitz, Américain qui a reçu le prix Nobel de l'économie. Commentant la hausse du chômage aux États-Unis avant les événements tragiques du 11 septembre, il avait notamment déclaré: «Ce qui m'inquiète, c'est qu'il n'y a pas de filet de sécurité. Les régimes d'aide sociale et de chômage manquent de pertinence». Il avait ajouté que le pire était qu'en général, les travailleurs américains qui perdent leur emploi perdent également leur protection contre la maladie, de sorte que leur inquiétude est exacerbée. On sait bien qu'un grand nombre de citoyens américains ne bénéficient d'aucune protection ou alors si peu, et que la plupart d'entre eux travaillent. Aussi imparfait que soit notre système, nous pensons qu'il apporte une certaine mesure de sécurité et de réconfort aux citoyens du Canada.

Permettez-moi de citer également Steven Derks, vice-président d'Advocate Health Care, organisme religieux de Chicago qui fournit des soins de santé. Je voudrais rappeler des paroles qu'il a prononcées le 13 octobre, à Chicago, au cours d'une réunion des responsables de la politique officielle de l'Église luthérienne évangéliste d'Amérique. L'organisme fournit annuellement plus de 2,7 milliards de dollars de soins dans la région de Chicago. Concernant les soins de santé prodigués aux États-Unis, il a dit:

Bien sûr, il n'y a pas de régime de soins de santé aux États-Unis. Il y a plutôt une constellation de services compartimentés, difficiles à échanger et influencés par le mécanisme de remboursement [...] D'une façon générale, les soins sont excellents, mais leur prestation est compliquée pour les fournisseurs américains.

Face aux options visant à étendre la prestation à but lucratif au régime canadien de soins de santé, nous recommandons et espérons qu'un plus grand nombre de témoignages seront présentés pour éviter la fragmentation de notre système de santé.

Je dois dire que certaines des options que vous proposez ont suscité notre réflexion et nous voudrions savoir si les options définies au chapitre 8 amélioreront l'accès à des services gérés publiquement dans les secteurs et les régions vulnérables de notre pays. Les travaux de recherche de votre comité sont utiles en ce qu'ils font ressortir certaines faiblesses, par exemple, en ce qui concerne les frais d'utilisation. Le système ne générerait pas nécessairement beaucoup de recettes. L'imposition de tels frais risque de dissuader les citoyens démunis de demander des soins, fait incontestable que j'ai moi-même constaté à l'étranger. Un système prévoyant l'imposition de frais d'utilisation en fonction du revenu ne risque-t-il pas de stigmatiser davantage les démunis de la collectivité? Si les démunis n'ont pas à payer des frais d'utilisation, cette exemption ne risque-t-elle pas de créer du ressentiment chez ceux qui en payent?

Votre rapport fait état de témoignages utiles venant de Suède. Le système n'a pas pour objet de générer des recettes, mais plutôt, comme vous le faites remarquer, de modifier le comportement des citoyens pour prévenir les abus. Nous aimerions poser les questions suivantes: cet objectif a-t-il été atteint? Les Suédois font-ils généralement un mauvais usage de leur système de santé? Les soignants contribuent-ils à ce problème?



As you consider various options and as you present those options to the Canadian public, we ask you, as much as possible, to draw on evidence-based research.

We concur with this committee in its observation on page 56 that it is impossible to trace how provinces and territories use federal funds. Citizens need to know that if they are presented with tax cuts it could mean fewer dollars for health care or, for that matter, for social programs or post-secondary education. We welcome a national transparent annual reporting on how provinces use federal funds for health care and, for that matter, other programs that are provided through the CHST. It is our hope that your committee will offer models that are beyond voluntary, models that will provide for mechanisms to ensure the mutual accountability of all levels of government to each other for the principles, values and objectives of our health care system.

Thank you for the focus you have given, not just in volume 4 but in volume 1, to the social determinants of health. In volume 1, I was struck by figures that suggest that only 25 per cent — I think that was the figure, but I am not sure how you arrived at it — of the health of the population can be attributed to the health care system, while 75 per cent is attributed to the social determinants of health care. At page 87 of volume 1, you say that improving health and reducing disparities in literacy education and income distribution is an objective, that due attention must be given to the social determinants of health in this country.

In conclusion, we affirm all five principles of our health care system. We welcome an expansion of the program and we acknowledge the need for debate in terms of choices and priorities. The values I have articulated in my introduction provide a solid foundation for our health care system. Our health care system has a vital role in building a society where we are committed to healthy individuals and healthy communities.

We are uncomfortable with the emphasis given to market-based options. The growth in private expenditures as a share of the health dollar warrants much more public debate and discourse, and we welcome that. We need to remind ourselves that we enter the health care system as citizens requiring care and compassion, not as consumers shopping for a product. Health care need not be treated as a commodity.

We acknowledge that our health care system can be improved, and we support policies and programs that improve health outcomes and that result in wise stewardship of resources.

We live in community. We are interdependent. We need to support each other. Such notions as human solidarity, care, and compassion for the weak are foundational issues of justice for the churches. Health care is a public good, vital to the common good.

Quand vous vous pencherez sur les diverses options et les soumettrez à la population canadienne, nous vous demandons de vous inspirer le plus possible de recherches fondées sur les résultats cliniques.

Nous sommes d'accord avec l'observation que vous faites dans votre rapport, selon laquelle il est impossible de retracer comment les provinces et les territoires utilisent les fonds fédéraux. Les citoyens doivent le savoir parce que, si on réduit leurs impôts, cela pourrait entraîner une diminution des fonds consacrés aux soins de santé ou, quant à cela, aux programmes sociaux ou à l'enseignement postsecondaire. Nous sommes favorables à l'idée d'un rapport annuel établissant clairement comment les provinces utilisent les fonds fédéraux pour la santé, ainsi que pour d'autres programmes financés au moyen du TCSPS. Nous espérons que votre comité présentera des modèles qui vont au-delà du facultatif, qui prévoient des mécanismes obligeant tous les ordres de gouvernement à se rendre mutuellement des comptes aux chapitres des principes, des valeurs et des objectifs de notre régime de soins de santé.

Merci d'avoir tracé l'orientation des facteurs sociaux influant sur la santé, non seulement dans le volume 4, mais aussi dans le volume 1. Dans le volume 1, j'ai été frappé de lire que la santé de la population pouvait être attribuée au système de santé dans une proportion de seulement 25 p. 100 — je pense que c'est le pourcentage que vous avez donné, mais j'ignore comment vous y êtes arrivés —, alors qu'elle le serait aux facteurs sociaux dans une proportion de 75 p. 100. À la page 95 du volume 1, vous dites qu'améliorer la santé et réduire les inégalités sur le plan de l'éducation et du revenu est un objectif, et qu'il faut centrer l'attention sur les facteurs sociaux influant sur la santé au Canada.

En guise de conclusion, nous déclarons notre appui en faveur des cinq principes qui sous-tendent notre régime de soins de santé. Nous sommes favorables à l'extension du programme et nous reconnaissons qu'un débat s'impose pour faire des choix et établir les priorités. Les valeurs que j'ai exposées dans mon introduction représentent un fondement solide pour notre système de santé. Notre système remplit un rôle indispensable pour bâtir une société où nous sommes engagés à assurer la santé des individus et la vigueur des collectivités.

Nous sommes réticents face à l'importance accordée aux options axées sur les forces du marché. La croissance des dépenses du secteur privé dans la santé justifie la tenue de nombreux autres débats, ce que nous approuvons. Il faut se rappeler que le régime de soins de santé est pour les citoyens qui ont besoin d'attention et de compassion, et non pour des consommateurs qui cherchent un produit en particulier. Les soins de santé ne sont pas des marchandises.

Nous convenons que notre régime de soins de santé peut être amélioré et nous appuyons les politiques et les programmes qui améliorent la santé et qui aboutissent à une saine gestion des ressources.

Nous vivons ensemble. Nous dépendons les uns des autres. Nous avons besoin de nous appuyer mutuellement. Les principes de solidarité humaine, d'attention et de compassion envers les plus faibles sont des questions fondamentales de justice pour les

a vision that we believe is important to Canadians and a vision worth holding up to the world.

For our part, we plan to participate in the Commission on the Future of Health Care in Canada. We look forward to reports from this committee. We hope to engage in further discussions with our members, and we are planning a roundtable in Ottawa in late February or early March.

On behalf of the Ecumenical Health Care network of the Canadian Council of Churches, thank you for this time to be here with you this morning.

**Mr. Edward Buffett, President and CEO, Buffett Taylor & Associates Ltd., Employee Benefits and Workplace Wellness Consultants:** Thank you, Mr. Chairman and senators. I appreciate your providing me with this opportunity to make a submission to you.

Buffett Taylor & Associates is involved in the provision of worksite wellness and health promotion. I am also the chairman of the Wellness Councils of Canada, a not-for-profit organization that acts as a forum for the dissemination of information related to the promotion of healthier lifestyles, utilizing the workplace as a mechanism to accomplish that objective.

I am the former chairman of the Whitby General Hospital and the Durham Foundation. I am currently the vice-chair of McMaster University, which, as you all know, is one of this country's leading medical schools and research-intensive institutions.

In particular, I want to thank you for the opportunity for enabling me to speak to you concerning volume 4 of your report, and particularly that section dealing with health promotion.

There is, as you will know, a significant body of research that suggests that the reactive nature of our health care system has had a dramatic impact in terms of the cost associated with its delivery. Simply stated, too much of our focus is on curing and managing illnesses as opposed to preventing them in the first instance. I can speak to that on a personal level as an individual who is a heart attack survivor. Although the federal government, through Health Canada and its Health Promotion and Programs Branch, does play a meaningful role in the population health, that role, in my view, needs to be broadened considerably.

In preparing my comments for this morning, I endeavoured to determine exactly what portion of Canadian health care expenditures is allocated to health promotion and disease prevention; however, frankly, I was unable to find a definitive response. I contacted both Statistics Canada and Health Canada, along with a number of provincial jurisdictions, but was advised that the number was not available, although it was suggested that it was likely in the range of about 5 per cent. This number seems to be consistent with U.S. health care expenditures allocated to disease prevention and health promotion.

Églises. Les soins de santé sont un bien public, ils sont indispensables au bien de l'ensemble, voilà une vision que nous jugeons importante pour les Canadiens, une vision qui vaut la peine de promouvoir dans le monde entier.

Pour notre part, nous avons l'intention de participer à la Commission royale d'enquête sur la santé. Nous attendons avec hâte les rapports de votre comité. Nous espérons avoir l'occasion de discuter encore de la question avec vos membres et nous organisons une table ronde à Ottawa à la fin février ou au début de mars.

Au nom de la Commission oecuménique sur les soins de la santé du Conseil canadien des Églises, je vous remercie de m'avoir entendu ce matin.

**M. Edward Buffett, président-directeur général de Buffett Taylor & Associates Ltd., société d'experts-conseils en avantages sociaux et en mieux-être au travail.** Merci, monsieur le président et messieurs les sénateurs. Je vous sais gré de m'avoir donné l'occasion de faire un exposé devant vous.

Buffett Taylor & Associates Ltd. participe à la promotion de la santé et du mieux-être au travail. Je suis également président du conseil d'administration de Wellness Councils of Canada, organisme sans but lucratif qui sert de tribune pour diffuser l'information ayant trait à la promotion de styles de vie plus sains, utilisant le milieu de travail comme mécanisme pour atteindre cet objectif.

J'ai été président du conseil des gouverneurs de l'Hôpital général de Whitby et du conseil d'administration de la Fondation Durham. Je suis actuellement vice-président du conseil des gouverneurs de l'université McMaster qui, comme vous le savez, se classe au premier rang au Canada pour la recherche qui s'y effectue et pour sa faculté de médecine.

Je vous remercie spécialement de m'avoir donné l'occasion de venir exprimer ma réaction au volume 4 de votre rapport, en particulier en ce qui a trait à la promotion de la santé.

Nombreuses sont les recherches qui indiquent que la nature réactive de notre système de santé a d'énormes répercussions sur les coûts de prestation des soins. En termes simples, on s'attache trop à guérir et à gérer les maladies au lieu de les prévenir. Par exemple, j'ai moi-même survécu à une crise cardiaque. Même si le gouvernement fédéral, par l'entremise de Santé Canada et de sa Direction générale de la promotion et des programmes de la santé, joue un rôle significatif dans le domaine de la santé de la population, ce rôle, à mon avis, doit être considérablement élargi.

En préparant mes observations en prévision de la rencontre de ce matin, j'ai tenté d'établir exactement la portion des dépenses en santé du Canada qui sont consacrées à la prévention des maladies et à la promotion de la santé, mais je n'ai pu y parvenir. J'ai communiqué avec Statistique Canada et Santé Canada, ainsi qu'avec plusieurs organes provinciaux, mais on m'a simplement répondu que ce renseignement n'était pas disponible, mais que ce serait de l'ordre de 5 p. 100. Ce pourcentage semble correspondre à celui des dépenses en santé des États-Unis en matière de prévention des maladies et de promotion de la santé.



Intuitively, most Canadians recognize that the pursuit of a healthier lifestyle results in improved health, a reduction in the number of illnesses, which in turn results in reduced pressures on the health care system. A significant percentage of the Canadian population spends about 8 hours to 10 hours a day at its place of employment. In fact, working Canadians spend more of their waking hours at work than anywhere else. Tremendous opportunities exist to utilize some of this time to promote health and well-being, and this is a trend that is being evidenced in the United States, in New Zealand and Australia.

Here in Canada, Health Canada has developed a program to encourage worksite wellness and health promotion and to recognize those employers who have demonstrated excellence in this area through their Healthy Workplace Award program. Although well-intentioned and a great initial first step, this program simply does not go far enough, nor is the scientific and financial data readily available that would substantiate the business case for wellness and health promotion at the worksite. A tremendous opportunity exists to utilize the worksite as a forum to promote health and well-being. It is in an organization's best interest to do so.

The Health Management Research Centre at the University of Michigan, a very well-respected university, has studied over 2 million employees at 1,000 worksites for a period of over 15 years, and their research has enabled them to conclude that worksite wellness and health promotion, when delivered as a comprehensive health initiative, results in healthier lifestyles, which in turn translates into less incidental absenteeism, fewer long-term disability claims, increased productivity, improved employee morale and lower overall health care costs.

Unfortunately for us, this research has been developed utilizing the American health care model, and frankly it has been my experience that Canadian employers will challenge this data and question its relevancy because it is based on the American model and not the Canadian health care system. Some enlightened Canadian employers, employers such as Nortel, Telus Corporation, MDS Nordion, Husky Injection Molding and the Town of Richmond Hill, have forged ahead with very aggressive comprehensive wellness initiatives because they know intuitively that these programs make good business sense.

Nevertheless, the vast majority of Canadians want to see data. They want to see scientific research that clearly demonstrates the economic benefits associated with these types of initiatives. We desperately need to access research and meaningful data that substantiates the benefits of these programs.

The benefits that I am referring to, again, are an improvement in population health, an improvement in our global competitiveness and a reduction in overall health care expenditures.

I urge you in your final report to consider recommending a far greater role for the federal government in developing this necessary research, which needs to be undertaken in order to

Intuitivement, la plupart des Canadiens reconnaissent que l'adoption d'un style de vie plus sain se traduit par une amélioration de la santé, d'une réduction du nombre de maladies, ce qui se solde par un allègement des pressions sur le système de santé. Un grand nombre de Canadiens passent de 8 à 10 heures par jour au travail. D'ailleurs, quand ils sont éveillés, les Canadiens passent plus de temps au travail que n'importe où ailleurs. Il y a donc de grandes possibilités d'utiliser ce temps pour promouvoir la santé et le mieux-être, ce qu'on tend à faire aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande et en Australie.

Ici, Santé Canada a mis sur pied un programme visant à promouvoir la santé et le mieux-être ainsi qu'à reconnaître les employeurs qui se distinguent à cet égard en leur remettant un Prix d'excellence du milieu de travail sain. Tout bien intentionné qu'il soit, ce programme ne va pas assez loin et nous n'avons pas facilement accès aux données scientifiques et financières qui appuient la mise en place de programmes de promotion de la santé et du mieux-être au travail. L'occasion est belle d'utiliser le milieu de travail comme tribune pour faire cette promotion. C'est d'ailleurs dans l'intérêt de l'employeur.

Les chercheurs du Health Management Research Centre de l'université du Michigan ont suivi plus de deux millions d'employés dans 1 000 lieux de travail sur une période de plus de 15 ans, ce qui leur a permis de conclure que la promotion de la santé et du mieux-être au travail, quand elle est faite dans le cadre d'une initiative exhaustive, se traduit par des modes de vie plus sains, qui donnent lieu à leur tour à une baisse d'absentéisme fortuit, une diminution des demandes d'indemnité pour invalidité prolongée, une hausse de la productivité, une amélioration du moral des employés et une diminution des coûts de la santé en général.

Malheureusement pour nous, ces travaux visaient le modèle américain de système de santé et non le modèle canadien, ce qui, je le dis franchement d'après mon expérience, inciterait les employeurs canadiens à remettre en question ces données et leur pertinence. Certains employeurs canadiens plus au courant, comme Nortel, Telus Corporation, MCS Nordion, Husky Injection Moulding et la ville de Richmond Hill, ont élaboré des programmes de mieux-être exhaustifs et dynamiques, parce qu'ils savaient intuitivement que ces programmes étaient rentables.

Néanmoins, la vaste majorité des Canadiens veulent des données qui montrent clairement les avantages financiers liés à de telles initiatives. Nous avons désespérément besoin de travaux de recherche et de données significatives qui prouvent les bienfaits de ces programmes.

Encore une fois, ces bienfaits se traduisent par une amélioration de la santé de notre population, une amélioration de notre compétitivité à l'échelle mondiale et une baisse de l'ensemble des dépenses en santé.

Je vous invite à recommander, dans votre rapport final, de confier au gouvernement fédéral un rôle beaucoup plus important pour stimuler la recherche qui s'impose absolument afin

encourage much greater participation by employers in programs of this nature.

In conclusion, during the last century, the life expectancy of North Americans increased by 30 years. Science has determined that 25 of those years are applicable to healthier lifestyles; only 5 per cent relate to clinical interventions. We simply cannot afford to overlook the tremendous potential impact of prevention on population health.

**The Chairman:** Mr. Buffett, I found that last statistic so amazing. Do you have a reference for that?

**Mr. Buffett:** I do indeed, sir. In fact, I have referenced it in the material that I have provided.

**The Chairman:** It is an amazing statistic.

**Senator LeBreton:** I will start with you, Mr. Robinson.

When we were in Alberta, quite a few people used terms such as "consumers of medicare" and "medicare marketplace."

On page 7 of your written presentation, you say: "Funding flows from taxpayers through a variety of intermediaries — government, insurers, et cetera — and insulates patients from the financial ramifications..."

How would you correct this? I personally believe that most people have no idea what is being billed by doctors, technicians and other health practitioners. How do we educate the public? How do we determine from them how they want the health care system to work and make them realize the costs that are already there?

**Mr. Robinson:** We have included in our materials a diagram of the funding model. It is actually a Health Canada diagram that we adapted, as did the B.C. Medical Association.

Your question, Senator LeBreton, concerns how we make people more aware of their consumption decisions. Mr. Allen and I would obviously disagree as to whether we treat health care as an expenditure, a commodity or just a pure public good. Let me answer your question three ways.

First, we surveyed our own supporters and asked them, "How much do you think you are spending on health care?" If we take the \$95 billion expenditure and divide it by 30 million, our population, we arrive at \$3,000. Of course, that figure varies. For me personally, the figure would be lower; for somebody who is 65 and has health ailments, it is a lot more. It also varies geographically.

We received a variety of responses, so I agree with the premise of your question that people do not really know what their health care cost. They do not know, for example, the difference in cost between a flu shot at a doctor's office and one at an emergency ward. User fees or a co-payment would solve that. They are in place in every OECD nation, much more extensively than here in Canada.

d'encourager une plus grande participation des employeurs aux programmes de cette nature.

En terminant, je signale que, depuis un siècle, l'espérance de vie en Amérique du Nord a augmenté de 30 ans. Les scientifiques jugent que 25 de ces années sont attribuables à des styles de vie plus sains et seulement cinq, aux interventions cliniques. On ne peut simplement pas se permettre de ne pas tenir compte des effets que peut avoir la prévention sur la santé de la population.

**Le président:** M. Buffett, je trouve ces derniers chiffres extraordinaires. Avez-vous une source?

**M. Buffett:** Bien sûr, monsieur. D'ailleurs, cette source est notée dans les documents que je vous ai remis.

**Le président:** C'est renversant.

**Le sénateur LeBreton:** Je commence avec vous, monsieur Robinson.

Quand nous étions en Alberta, plusieurs personnes ont parlé de «consommateurs de soins de santé» et de «marché de la santé».

À la page 7 de votre mémoire, vous dites: «Le régime est financé par les contribuables par le biais de divers intermédiaires — le gouvernement, les assureurs et bien d'autres — et les patients ne connaissent pas les conséquences financières[...]»

Quelle serait votre solution à cette situation? Personnellement, je crois que la plupart des Canadiens n'ont pas la moindre idée de ce que facturent les médecins, les techniciens et autres professionnels de la santé. Comment les informer? Comment savoir la manière dont ils veulent que leur système de santé fonctionne et comment les sensibiliser aux coûts déjà engagés?

**M. Robinson:** Dans les documents que nous vous avons remis, nous avons inclus un schéma du modèle de financement. En réalité, c'est un schéma de Santé Canada que nous avons adapté, tout comme l'association des médecins de la Colombie-Britannique.

Votre question, sénateur LeBreton, porte sur la manière de rendre les Canadiens plus conscients de leurs décisions de consommation. M. Allen et moi ne sommes manifestement pas d'accord pour dire que les soins de santé représentent une dépense, une marchandise ou simplement un bien public. Permettez-moi de répondre à votre question de trois façons.

Premièrement, nous avons posé à ceux qui nous approuvent la question suivante: «À votre avis, combien consacrez-vous aux soins de santé?» Si l'on prend une dépense de 95 milliards de dollars et qu'on la divise par 30 millions, soit notre population, on obtient 3 000 \$. Bien sûr, ce chiffre varie. Dans mon cas, il serait plus bas, alors que, dans le cas d'une personne de 65 ans qui a des troubles de santé, il serait beaucoup plus élevé. Le chiffre varie aussi d'une région à l'autre.

Nous avons recueilli une variété de réponses, de sorte que j'accepte l'hypothèse qui sous-tend votre question, soit que les gens ne savent pas vraiment ce que coûtent leurs soins de santé. Ils ignorent, par exemple, la différence de coût d'un vaccin antigrippal administré au bureau d'un médecin et celui qui l'est à l'urgence. Dans ce cas, l'imposition de frais d'utilisation ou une participation aux coûts serait une solution. Cela existe dans tous les pays membres de l'OCDE beaucoup plus qu'au Canada.



As my colleague has pointed out, it is an issue of controlling costs: it is an issue of making people aware that health care is not free. Health care comes with a price. A free product of value will fundamentally be over-consumed, a law of economics that has not been disproven, as far as I know anyway, since *The Wealth of Nations* was published.

The other way to do it, as we talked about, is the Singapore example, where they pre-fund a variety of expenditures. Intergenerationally, they pre-fund through health care savings allowances. In Singapore, there are four: Medifund, Medishield and Medisave, and now Eldershiield to deal with their aging population. We are attracted to health care savings allowances because you can income test it for low-income Canadians, who will always be reliant upon the state for the majority of their medical expenditures, and for those of us who will always be reliant for the catastrophic coverage. No market mechanism will cover a malignant gastrocytoma grade 4 cancer tumour. There is no insurance company that will cover that.

We are talking about having people pay throughout their lives. We do it for our housing. We fund our housing costs over a generation: it is called a mortgage. We fund our retirement income. The government has already said that CPP is one small pillar. You as Canadians have a responsibility through your own savings to fund through a variety of other ways. Only in health care do we not do that.

To answer your question, then, I think we could make people more aware of their lifetime consumption of health care if we were to implement intergenerational funding.

**Senator LeBreton:** A very good point.

Again to you, Mr. Robinson. On page 4, you say that the modernization of the Canada Health Act is long overdue, and you advocate replacing the five principles of universality, accessibility, comprehensiveness, portability and public administration with public governance, universality, quality, accountability, choice and sustainability.

In those suggested principles, for instance, portability, where would portability fit within the six principles that you advocate?

**Mr. Robinson:** As we set out in our paper, we could incorporate the other principles into a broader, a more comprehensive definition of universality. The Conference Board of Canada has shown that support for universality has remained fundamentally constant, and that is a principle that we all support. The issues of portability, comprehensiveness and accessibility vacillate over a 20-year time period, according to the Conference Board of Canada, and support for public administration has consistently declined, to about 59 per cent.

Define "portability". Portability to some Canadians would mean that if the Ontario government covers fertility treatments, then that same coverage should be available in Quebec. In reality, however, that is not the case. Those fertility treatment would not be covered in Quebec; hence: no portability.

Comme mon collègue l'a fait remarquer, la difficulté est de contrôler les coûts, de sensibiliser les gens au fait que les soins de santé ne sont pas gratuits. Il y a un prix à payer. Un produit de valeur qui ne coûte rien entraîne la surconsommation, c'est un principe qui n'a jamais été démenti, à ce que je sache, depuis la parution de l'ouvrage *Recherches sur la nature et les causes de la richesse des nations*.

Comme on l'a mentionné en citant l'exemple de Singapour, une autre solution résiderait dans le préfinancement de diverses dépenses. À Singapour, il existe un préfinancement entre les générations grâce à des comptes d'épargne pour soins de santé. Quatre programmes se chargent de la population qui vieillit, soit Medifund, Medishield, Medisave et maintenant Eldershiield. Cette solution nous attire parce qu'elle peut être fonction du revenu dans le cas des Canadiens ayant un bas revenu, qui devront toujours compter sur le secteur public pour la majorité de leurs dépenses médicales, et dans le cas de ceux qui se fieront toujours à la protection contre les catastrophes. Aucun mécanisme commercial ne protégera contre le gastrocytome malin de stade 4. Aucun assureur n'offre cette protection.

Il est question ici de faire payer les gens toute leur vie durant. On le fait pour le logement. On répartit le coût d'une maison sur toute une génération: cela s'appelle une hypothèque. On finance son revenu de retraite. Le gouvernement a déjà qualifié le RCP de petit pilier. En tant que Canadien, on doit voir à ce que ses propres économies assurent le financement. C'est seulement pour les soins de santé que nous ne le faisons pas.

Pour répondre à votre question, je pense qu'on sensibiliserait davantage les Canadiens à leur consommation de soins de santé toute leur vie durant, si on mettait en oeuvre le financement intergénérationnel.

**Le sénateur LeBreton:** C'est un excellent argument.

Je m'adresse encore à vous, monsieur Robinson. À la page 4 de vos documents, vous dites: «Il y a longtemps que la Loi canadienne sur la santé aurait dû être modernisée. Il y aurait lieu de remplacer ses cinq principes actuels par les six suivants: régie publique, universalité, qualité, responsabilisation, choix et durabilité».

Dans les six principes que vous préconisez, quelle place faites-vous à la transférabilité?

**M. Robinson:** Comme nous l'affirmons dans notre document, il serait possible d'incorporer les autres principes dans une définition élargie, plus exhaustive de l'universalité. Le Conference Board du Canada indique que l'appui en faveur de l'universalité reste fondamentalement constant et c'est un principe que nous appuyons tous. Les questions de transférabilité, d'intégralité et d'accessibilité vacillent au bout de 20 ans, d'après le Conference Board du Canada, et l'appui en faveur de la gestion publique ne cesse de baisser, s'établissant à environ 59 p. 100.

Définissons le terme «transférabilité». Pour certains Canadiens, cela veut dire que, si l'Ontario couvre les traitements de l'infertilité, le Québec devrait aussi le faire dans une certaine mesure. Dans la réalité, ce n'est toutefois pas le cas. Ces traitements ne sont pas couverts au Québec; il n'y a donc pas de transférabilité.

There is also the issue of de-listing of various services, of what is covered in one province but not in another; there is not portability in that sense.

Accessibility was brought into the Canada Health Act in 1994; however, accessibility is a principle that is violated every single day in this country. It is better to be a cancer patient in Ontario than it is in Saskatchewan. Saskatchewan has the greatest migration of cancer patients, to Calgary and British Columbia; they cannot get access in Saskatchewan.

In terms of universality, those are some of the principles we wanted to talk about.

Those are not proprietary to us. Other organizations, such as the IRPP and the OMA, have coalesced on the left and political right around some of those new principles of governance, which is a truer reflection of where our health care system is now and where it is going to go, freeing up the state-provided provision of medicine.

The government has a role to govern and to ensure that a public service is provided; however, it does not necessarily follow that they must provide all of those public services. Our opinion is that if you free up the back end for a variety of ecumenical, private and public providers, as has been the fundamental history of the health care system, it would more truly reflect the reality of where we are and where we are going.

**Senator LeBreton:** You could probably make the same argument about comprehensiveness. It might have meant something in the 1950s and 1960s; it would mean something completely different now.

**Mr. Robinson:** If I could just add to that, it does. The Diagnostic Services Act and the Medical Care Act were introduced in 1957 and 1966, respectively. We must remember that back then the majority of health care services, as your research has pointed out and as we point out in our paper, 65 per cent, was delivered in hospitals and by doctors. Today, that number is below 50 per cent, in the growth of partial privatization. An individual does not have to go to a hospital for cataract surgery anymore; it gets done at a laser eye clinic.

The legislative framework, the technology and the evolution of delivery of health have not reflected that.

**Senator LeBreton:** Mr. Allen, on page 5 of your presentation, it says:

While a national home care program would be an important expansion of health care, home care is not necessarily the preferred option for all those requiring care and for those family members providing the care. Home care needs to be implemented in a way that does not unrealistically unload responsibilities onto the caregivers. This responsibility generally, but not always, falls to women.

And I totally agree with that.

Une province peut aussi rayer de leur liste divers services, de sorte qu'un service peut être assuré dans une province, mais pas dans une autre; il n'y a pas de portabilité dans ce sens.

L'accessibilité a été inscrite dans la Loi canadienne sur la santé en 1994, mais c'est un principe qui est quotidiennement bafoué au Canada. Il est préférable d'être atteint d'un cancer en Ontario qu'en Saskatchewan. La Saskatchewan connaît la plus forte migration de patients cancéreux; ces derniers déménagent à Calgary et en Colombie-Britannique, faute d'accès à des soins en Saskatchewan.

Pour ce qui est de l'universalité, elle fait partie des principes dont nous voulions discuter.

Ils ne sont pas notre propriété exclusive. D'autres organismes, dont l'IRPP et l'OMA, se joignent à la gauche et à la droite politique en ce qui concerne certains nouveaux principes de gouvernance, ce qui reflète réellement l'orientation actuelle et future de notre système de santé, selon laquelle l'exercice de la médecine ne relèvera plus de l'État.

Le rôle du gouvernement est de gérer un service public et de voir à ce qu'il soit fourni, mais il ne s'ensuit pas nécessairement qu'il doive fournir tous les services publics. Nous sommes d'avis que, si l'on en confie la prestation aux organismes oecuméniques, privés et publics, comme cela s'est toujours fait dans le domaine de la santé finalement, cela refléterait davantage où nous en sommes et où nous nous dirigeons.

**Le sénateur LeBreton:** Vous pourriez probablement faire valoir le même argument concernant l'intégralité. Cela pouvait vouloir dire une chose dans les années 50 et 60, mais en dire une autre complètement différente maintenant.

**M. Robinson:** Permettez-moi d'ajouter que c'est le cas. La Loi sur l'assurance-hospitalisation et les services diagnostiques, et la Loi sur les soins médicaux sont entrées en vigueur en 1957 et 1966, respectivement. Il faut se rappeler qu'à l'époque, la majorité, ou 65 p. 100 des services de santé, comme les résultats de vos recherches le font ressortir et comme nous le soulignons dans notre mémoire, étaient fournis dans des hôpitaux et par des médecins. Aujourd'hui, dans le contexte d'une privatisation partielle, ce pourcentage est inférieur à 50 p. 100. Pour subir une chirurgie de la cataracte, il n'est plus nécessaire d'aller à l'hôpital, car elle se fait au laser dans une clinique ophtalmologique.

Le cadre législatif, la technologie et la prestation des soins de santé ne tiennent pas compte de cette évolution.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Allen, à la page 5 de votre mémoire, vous dites:

Même si un programme national de soins à domicile représente une importante expansion des soins de santé, les soins à domicile ne sont pas nécessairement l'option préférée de ceux qui nécessitent des soins ni des proches qui les leur fournissent. Un programme de soins à domicile doit être mis en œuvre de manière à ne pas transférer, d'une manière irréaliste, la responsabilité sur les soignants. Cette responsabilité revient aux femmes généralement, quoique pas toujours.

Je suis entièrement d'accord avec cela.



That begs the question: what should be done, in your view, to correct this? How would you approach the whole issue of home care under the health system we have now?

**Mr. Allen:** There may be instances where, for the caregiver or for the patient, it is preferable that they remain in palliative care.

In other cases, and I think of my own experience with my father. My mother could not have looked after him; it simply was beyond her. He received very good palliative care in Ottawa. For others, and I guess this is an intensely personal choice made with families, there are those individuals who prefer to be at home and to die at home. An element of the system needs to recognize those kinds of important, ethical decisions, and for those families and individuals who wish to be at home, there must be provisions in a home care policy to provide the support.

There are many facets of care that are covered in hospitals but that are not covered at home, and as we look to the future those costs could become quite burdensome for families, particularly for low-income families.

The committee needs to wrestle with how that choice can be given in a way that recognizes profoundly personal and ethical moments in people's lives.

If a caregiver has to leave the workforce — and it is usually women who provide the care — what is the impact of that on her CPP? If an individual is out of the system for longer than two years, does the individual suffer in any way; and if so, is that something this committee could be looking at? I know there have been also studies to show that home care can be cheaper than hospital care.

Given all of the changes that are needed in our health care system, which is very complex, involving the provinces, the federal government, regional bodies, municipalities, these changes must be made at a reasonable pace. Over the past few years, the system has been under a great deal of stress to change. An institution is generally better able to absorb the changes and retain what is worthwhile if there is the space and time to absorb those changes.

**Senator LeBreton:** Mr. Buffett, you say that we desperately need access to research and meaningful data on the whole issue of health and wellness — and I guess you are dealing with private research and U.S.-based research. The last paragraph of your presentation was obviously based on some research, where you talk about the life expectancy of Americans having increased by 30 years.

Is there no research available in Canada to convince the public that proper diet, not smoking, and common sense health management issues are the routes to take?

Je vous demande donc: que faudrait-il faire, à votre avis, pour corriger cette situation? Comment traiteriez-vous toute la question des soins à domicile dans le cadre du système de santé actuellement en place?

**M. Allen:** Il peut y avoir des cas où, pour le soignant ou pour le patient, il est préférable de s'en tenir aux soins palliatifs.

Permettez-moi de me reporter à l'expérience que j'ai vécue avec mon père. Ma mère ne pouvait pas s'en occuper; c'était tout simplement au-delà de ses forces, et il a reçu de très bons soins palliatifs à Ottawa. Dans d'autres cas, et je suppose que c'est vraiment le choix des familles, des malades préfèrent rester chez eux et y mourir. Il doit y avoir un élément du système reconnaissant ces décisions morales importantes et, pour les familles et les malades qui veulent des soins à domicile, une politique de soins à domicile qui renferme des dispositions qui leur facilitent la tâche.

Bon nombre de soins sont couverts à l'hôpital, mais pas à domicile et, dans les années à venir, les coûts de ces soins risquent de devenir très lourds pour les familles, en particulier les familles à faible revenu.

Le comité doit voir comment ce choix peut s'exercer de manière à reconnaître les questions personnelles et morales qui se posent dans la vie.

Si une personne doit quitter le marché du travail pour donner des soins — et cette personne est généralement une femme — quelles seront les répercussions sur son RPC? Si une personne se retire du régime pendant plus de deux ans, est-elle pénalisée? Dans l'affirmative, le comité pourrait-il se pencher là-dessus? Je sais aussi que des études ont montré que les soins à domicile coûtent moins cher que les soins hospitaliers.

Compte tenu de tous les changements à apporter à notre système de santé, qui est très complexe du fait qu'il exige la participation des provinces, du gouvernement fédéral et d'organismes régionaux et municipaux, ces changements doivent être faits à un rythme raisonnable. Depuis quelques années, le système est l'objet de fortes pressions pour que des changements soient apportés. Une institution est généralement mieux en mesure d'absorber des changements tout en préservant ce qui en vaut la peine, si elle dispose d'une marge de manœuvre et de temps pour le faire.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Buffett, vous dites que nous avons désespérément besoin d'un accès aux résultats significatifs de la recherche en matière de santé et de mieux-être — et je devine que vous parlez de la recherche faite dans le secteur privé aux États-Unis. De toute évidence, le dernier paragraphe de votre mémoire, dans lequel vous dites que l'espérance de vie des Américains a augmenté de 30 ans, est fondé sur des résultats de recherche.

N'existe-t-il aucune recherche menée au Canada pour convaincre la population qu'il est préférable de bien se nourrir, de ne pas fumer et de faire preuve de bon sens pour mener une vie saine?

**Mr. Buffett:** Absolutely, that type of research exists. Beyond that, both Martin Shain, who you may be familiar with, and Linda Duxbury at Carleton University have done some groundbreaking research in the area of health promotion.

The kind of statistical data and research that we are missing and the obstacle to introducing these programs effectively at the worksite is our inability to demonstrate to the CFO or the CEO of an organization that it makes good economic sense to do this. Hence, what we desperately need is research that clearly demonstrates the cost benefits associated with these interventions.

We have a lot of American data right now that makes it very clear that not only are there savings, but they are very significant. We are looking at organizations like IBM and others claiming that for every \$1.00 they spend on disease prevention at the worksite they get a \$6.00 return on their investment.

I think there is recognition. The Executive Editor of *Fortune* magazine wrote an interesting article two years ago about how CEOs would be spinning in their graves because, as we move into the 21st century, wellness and health promotion are what will separate the winners from the losers, that the intellectual capital represented by our employees in the new society becomes an organization's most valuable asset.

Where we are falling down as a country, in my view, based on my experience in Canada and the United States, is in that area of research. There are some organizations that are enlightened, that have said, "Notwithstanding the absence of this research, we know intuitively this makes sense." There are others that have said, "Show me that data." I believe that the federal government has a very significant role to play in that area, and it needs to be identified as an opportunity area.

**Senator LeBreton:** Yes, it comes down to leadership.

**Mr. Buffett:** Yes.

**Senator Cordy:** My first question is for Mr. Robinson. In your presentation, you talked about innovative options in dealing with health care. The whole exercise of this committee is to discover innovative options.

Innovative options can succeed or they can fail, the very nature of being innovative. Inventors have to go through many steps before they reach the final result.

In Canada, how can we look outside the box, in terms of delivery of health care, which, by its very nature, can lead to failure, when we have got health care dollars that are being stretched to the limit at this time?

How can we tell the Canadian public that millions of dollars have been spent on something innovative but it has not worked the way we thought it would? How do we deal with those types of things? I agree with you that we have to look outside the box.

**Mr. Robinson:** With respect to innovative options — and to pick up on Mr. Allen's presentation, where he discussed evidence-based medicine, Dr. Keon has spoken about the issue of innovative options, something as simple as falls prevention, which

**M. Buffett:** Bien sûr, il se fait de la recherche. À l'université Carleton, Martin Shain, que vous connaissez peut-être, et Linda Duxbury ont fait de la recherche qui a ouvert des voies en matière de promotion de la santé.

La difficulté d'accès aux statistiques et aux résultats de recherche et l'opposition à la mise en place efficace de programmes dans les milieux de travail expliquent notre incapacité de prouver au directeur financier ou au directeur général d'un organisme qu'il est rentable de le faire. Nous avons donc désespérément besoin d'analyses coûts-avantages de tels programmes.

Il existe actuellement beaucoup de données américaines qui montrent clairement que non seulement il y a des profits, mais que ces profits sont très importants. Des organismes, IBM par exemple, disent que chaque dollar investi dans la prévention des maladies au travail donne un rendement de six dollars.

Je pense que certains le reconnaissent. Il y a deux ans, le directeur administratif de la revue *Fortune* a rédigé un article intéressant, selon lequel les directeurs généraux tourneront dans leur tombe parce qu'à mesure qu'avancera le XXI<sup>e</sup> siècle, la promotion de la santé et le mieux-être départageront les gagnants des perdants: le capital intellectuel que représentent les employés dans la nouvelle société devient l'élément d'actif le plus précieux d'un organisme.

Ce que j'ai vu au Canada et aux États-Unis me porte à croire que le domaine où nous achoppons en tant que pays est celui de la recherche. Des organismes éclairés déclarent: «Peu importe l'absence de recherche, nous savons intuitivement que c'est logique». Il y en a d'autres qui disent: «Montrez-nous des données». Je pense que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer à cet égard et qu'il faut reconnaître que c'est un domaine très prometteur.

**Le sénateur LeBreton:** Oui, c'est finalement une question de leadership.

**M. Buffett:** C'est exact.

**Le sénateur Cordy:** Ma première question s'adresse à vous, monsieur Robinson. Dans votre exposé, vous avez parlé d'options novatrices en matière de soins de santé. Les travaux de ce comité ont précisément pour objet de découvrir des options novatrices.

Des options novatrices peuvent réussir ou échouer, car c'est la nature même de l'innovation. L'inventeur franchit de nombreuses étapes avant d'arriver au résultat final.

En ce qui concerne la prestation des soins de santé au Canada, comment peut-on envisager l'innovation qui, de par sa nature même, risque de mener à l'échec, alors que les fonds consacrés à la santé sont utilisés au maximum actuellement?

Comment peut-on dire aux Canadiens que des millions de dollars ont été consacrés à une mesure novatrice, mais que cette dernière n'a pas donné les résultats escomptés? Comment peut-on s'y prendre? Je suis d'accord avec vous qu'il faut innover.

**M. Robinson:** Pour revenir sur l'exposé de M. Allen concernant la médecine fondée sur l'expérience clinique et sur ce que Dr Keon a dit des options novatrices, je dirai que quelque chose d'aussi simple que la prévention des chutes, qui, à part la



is the number one cause of hospital admissions, other than co-morbid or chronic diseases, for seniors in this country. Falls prevention is an example of an innovative option. It is something that can happen in and of itself; it does not need any legislative or policy direction.

In terms of innovation, I think we have to realize, and this is where the Bill 11 fight in Alberta is very instructive. Alberta chewed up a lot of political capital for infinitesimal changes in terms of how they deliver health care.

The beauty of federalism is that it allows us, with 10 provinces, to have a province experiment. To be fair, if it does not work in one province, the moral hazard of that is that the other nine provinces do not implement it. They learn and they do something else.

At the federal level, we need a more interpretive reading of the Canada Health Act, in terms of the spirit as opposed to the letter of the law. Claude Castonguay, the father of medicare in Quebec, told your committee that the innovative co-payment Quebec drug plan violates the Canada Health Act. It falls outside the Canada Health Act. Should it, in the spirit of the act? No. In the letter? Yes. You need to resolve that at the federal level.

Another option is the New Brunswick innovative approach of extramural hospitals, which is basically what they were trying to do in Alberta. They are not ultimate-level-of-care facilities, they are not full hospitals, but they can do minor surgical interventions and have people stay overnight and not be in an acute or tertiary care hospital. That approach is outside the Canada Health Act. It falls within the spirit but not the letter in terms of the funding. We think with some of our principles, in terms of choice and sustainability, those sorts of things can happen.

Let me talk about off balance sheet financing. The Royal Ottawa Health Care Group is currently looking to have — and the government has agreed to this — a private consortium build a hospital and lease it back to the hospital corporation and the ministry.

That approach will allow the private-sector consortium to get a return on its investment over 50 years, 75 years, 90 years, however long the institution will be around and modernized. That innovative approach helps the taxpayer, by spreading the cost of that institution over 50 years or 90 years, but at the same time meets an immediate need for psychiatric and psychogeriatric services in the Ottawa region.

**Senator Cordy:** Mr. Allen, you said that our health care system is based on the value that all citizens share the risks. If you look at that and interpret that as being that we have the social responsibility for those who are ill and we care for them. I would agree with you. I am not sure that citizens and the health care

comorbidité et les maladies chroniques, est la première cause d'admission à l'hôpital de personnes âgées au Canada, est une option novatrice. La prévention peut s'appliquer sans qu'il soit nécessaire d'élaborer une mesure législative ou une directive.

Pour ce qui est de l'innovation, je pense qu'il ne faut pas compliquer les choses et c'est justement à cet égard que la lutte suscitée par le projet de loi 11 en Alberta est révélatrice. L'Alberta a dépensé beaucoup de capital politique pour apporter d'infimes changements à la manière de fournir des soins de santé.

La beauté du fédéralisme est qu'une expérience tentée dans une province bénéficie aux dix provinces. Si l'expérience échoue, il est fort probable que les neuf autres provinces la rejettent. Elles tirent des leçons et essaient autre chose.

Pour sa part, le gouvernement fédéral est tenu d'interpréter davantage la Loi canadienne sur la santé en ce qui concerne l'esprit par opposition à la lettre. Claude Castonguay, père du régime d'assurance-maladie du Québec, a déclaré à votre comité que le programme innovateur d'assurance-médicaments du Québec qui suppose une quote-part contrevient à la Loi canadienne sur la santé. Ce programme se situe à l'extérieur de la Loi canadienne sur la santé. Est-il conforme, selon l'esprit de la loi? Non. Selon la lettre? Oui. Il revient au gouvernement fédéral de trancher.

Une autre option est l'approche novatrice de l'hôpital extra-mural que le Nouveau-Brunswick adoptée et que l'Alberta cherche à adopter, au fond. L'hôpital extra-mural n'est pas une installation de soins de dernier niveau, ni un hôpital tout équipé, mais plutôt une installation où des interventions chirurgicales mineures peuvent se faire et où le patient peut passer la nuit sans y recevoir des soins actifs ou tertiaires. Cette approche se situe à l'extérieur de la Loi canadienne sur la santé. Elle est conforme à l'esprit, mais non à la lettre de la loi pour ce qui est du financement. Nous sommes d'avis que l'adoption des principes de choix et de durabilité que nous proposons rendrait possibles les approches de ce genre.

Permettez-moi d'aborder la question du financement sans effet sur le bilan. Les responsables des Services de santé Royal Ottawa cherchent actuellement — avec l'approbation du gouvernement — à faire construire un hôpital afin de le louer ensuite à l'association de l'hôpital et au ministère.

Cette approche permettra au consortium du secteur privé de toucher un rendement sur son investissement pendant 50, 75 ou 90 ans, soit pendant toute la durée de vie de l'hôpital. Cette approche novatrice favorise les contribuables du fait que le coût est réparti sur 50 ou 90 ans, tout en répondant aux besoins immédiats de services psychiatriques et psychogériatriques dans la région d'Ottawa.

**Le sénateur Cordy:** Monsieur Allen, vous avez dit que notre système de santé est fondé sur le principe voulant que tous les citoyens partagent les risques. Si vous voulez dire par là que nous sommes responsables socialement de tous les malades et que nous devons prendre soin d'eux, je suis d'accord avec vous. Je me

system have actually looked at wellness in assuming responsibility for their personal health and the health of the citizens.

I would like to talk to you about that, and perhaps Mr. Buffett can also talk about it.

Should we have incentives for citizens and for corporations who are willing to focus on wellness at their worksites or just individuals looking at wellness?

**Mr. Allen:** No one can predict what their health will be a year from now, two years from now, 15 years from now. I have stopped smoking. I run everyday. I have no idea what disease will befall me or what accident will happen to me.

Surely, there is a societal role and an individual role to take care of ourselves and to know how we can best do that. That issue needs to be in the context of the unpredictability of our health.

I think that is the advantage of sharing the risk in our society.

**Senator Cordy:** I am aware of the unpredictability of health. We are unable to predict it, but there are certain factors, such as diet, exercise and smoking cessation, that an individual can assume responsibility for.

**Mr. Allen:** So how would you weigh that? Would you apportion a certain number of health points to people who did not exercise or to people who smoked?

**Senator Cordy:** I am not sure. I am just wondering if there should be incentives.

**Mr. Buffett:** I think there is a real risk with incentives in a number of respects.

First, I believe that there will always be those employees who work for organizations that are not as enlightened and who will not engage in those kinds of programs that will entail incentives or the delivery of the kinds of educational information that you are speaking to and, as a result of that, will find themselves in a disadvantaged position as it relates to this.

Getting back to my comment about the data, the real incentive here for Canadians, and not only for employers but individual employees, is improved health.

For employers, we are seeing in the United States, for example, organizations that have absenteeism rates significantly lower than their competitors, the result of which is that they are able to price their goods and services far more competitively.

The best example I can give you here in Canada is Husky Injection Molding Systems Ltd. The average rate of absenteeism for their industry is 9.7 per cent. That particular organization, which is a worldwide entity based here in Canada, now has in excess of 2,000 Canadian employees, primarily at their Bolton operation, and has a rate of absenteeism of 1.2 per cent. The savings are phenomenal. Husky Injection Systems provides on-site naturopathic services. They have two physicians who visit the plant on a regular basis. They have a child care centre. Their

demande si l'idée est bien ancrée dans la population et dans le système de santé que le mieux-être suppose que chacun veille à sa propre santé.

Je voudrais entendre votre opinion et peut-être celle de M. Buffett à cet égard, pour que nous puissions en discuter.

Devrait-il y avoir des incitatifs pour les citoyens et les sociétés qui veulent mettre l'accent sur le mieux-être au travail et sur la santé en général?

**M. Allen:** Personne ne peut prédire ce que sera son état de santé dans un, deux ou 15 ans. J'ai cessé de fumer. Je cours chaque jour. J'ignore complètement quelle maladie ou quel accident je risque d'avoir un jour.

Bien sûr, en tant que société et qu'individu, chacun doit prendre soin de lui-même et savoir comment le faire de son mieux. Cette question doit se situer dans le contexte de l'imprédictibilité de la santé.

Je pense que c'est là l'avantage du partage des risques dans notre société.

**Le sénateur Cordy:** Je sais que la santé échappe à toute prédiction. On ne peut prédire son état de santé, mais il y a des facteurs, comme l'alimentation, l'exercice et l'abandon de l'habitude de fumer, que l'individu peut prendre en charge.

**M. Allen:** Alors, comment pondérer tout cela? Devrait-on enlever des points à ceux qui n'auront pas fait d'exercice ou qui auront été des tumeurs?

**Le sénateur Cordy:** Je n'en suis pas certaine. Je me demande simplement s'il ne devrait pas y avoir des incitatifs.

**M. Buffett:** Je pense qu'à plusieurs égards, les incitatifs comportent des risques.

Premièrement, je crois qu'il y aura toujours des organismes moins éclairés qui n'appliquent aucun programme comportant des incitatifs ou qui ne fournissent pas les renseignements dont vous parlez, de sorte que leurs employés seront toujours désavantagés.

Pour revenir à mon observation sur les données, le véritable incitatif ici, non seulement pour les employeurs, mais aussi pour chacun de leurs employés, est une amélioration de la santé.

Pour les employeurs, on voit aux États-Unis, par exemple, des organismes qui ont des taux d'absentéisme nettement inférieurs à leurs concurrents, l'avantage est qu'ils peuvent réduire le prix de leurs produits et services, et devenir beaucoup plus concurrentiels.

Le meilleur exemple que je connaisse au Canada est celui de Husky Injection Molding Systems Ltd. Le taux d'absentéisme moyen dans l'industrie à laquelle cette société appartient est de 9.7 p. 100. La société, entité mondiale établie au Canada, compte maintenant plus de 2 000 employés canadiens, surtout à son installation de Boston, et son taux d'absentéisme est de 1.2 p. 100. Les économies sont phénoménales. Husky Injection Systems fournit sur place des services de naturopathie. Deux médecins font la visite de l'usine régulièrement. Il y a une



enlightened initiatives, frankly, have made them a world-class competitive organization. That is the pay-off.

What we need is more broadly based research that makes the case to convince industry and the private sector that the incentive here is a more productive, healthier workforce, which translates, frankly, into greater profitability.

**Mr. Robinson:** People have talked about tax credits for companies that put in gyms. Mr. Buffett has articulately made the case that the incentive is a market incentive already, and there does not need to be any government tax policy interference in that regard.

If we walk the tax-credit road for putting in a gym and having a healthy work force, why do we not have a tax credit in terms of social engineering because I held the door open for Senator LeBreton this morning or something like that?

Through the tax code, people cannot be made to be smarter in terms of taking care of themselves.

**Senator Cordy:** Would the role of the federal government be to provide research data and to educate the public and businesses?

**Mr. Buffett:** Absolutely.

**Mr. Allen:** I have seen newspaper articles in the past few months about children and teenagers in Canada and the growing problem of obesity in this country and in the States. You do not change that overnight, but I think there is a role for governments, for schools, our educational system, to address that issue. The amount of time that is spent in front of the television, the computer, the type of food that is eaten, are all habits that cannot be changed overnight.

I think there is a role for the provincial and federal governments to work with the educational system in convincing all of us that good health has a value in and of itself. You may not live longer, but you will feel better.

**Senator Keon:** I would like to pursue a theme with Mr. Allen and Mr. Robinson and then enter into a discussion with you, Mr. Buffett, about clinical trials and so forth.

Mr. Allen, in the third bullet of your conclusions you say:

We are uncomfortable with the emphasis Vol. 4 gives to market based options.

I believe the tremendous preoccupation in the minds of the Canadian public with tampering with our so-called health care system now is that we have pushed them back to where they were in the 1950s, where they had catastrophic illness and bankruptcy due to medical fees and hospital fees.

If one were able to separate the payer from the provider and the evaluator from both the payer and the provider, would one still have the same objection to private initiatives that could deliver health care services in a more proficient and cost-effective manner and with the same quality control as the public system is doing

garderie. Franchement, grâce à ses initiatives éclairées, cette société est maintenant en mesure de livrer concurrence à l'échelle mondiale. C'est sa récompense.

Nous avons besoin d'une recherche plus vaste afin de convaincre le secteur privé que l'incitatif à cet égard est une main-d'œuvre plus productive et en meilleure santé, ce qui signifie franchement une meilleure rentabilité.

**M. Robinson:** Certains ont fait allusion à des crédits d'impôt pour les sociétés qui avaient des gymnases. M. Buffett a établi avec éloquence qu'il y a déjà un incitatif commercial et que l'intervention d'une politique gouvernementale est inutile.

Si l'on décide d'accorder un crédit d'impôt parce qu'il y a un gymnase ou une main-d'œuvre en santé, pourquoi ne pas en accorder un pour la sociologie appliquée, par exemple, parce que j'ai ouvert la porte ce matin au sénateur LeBreton?

Ce n'est pas le code des impôts qui sensibilisera davantage les gens à la nécessité de prendre soin d'eux-mêmes.

**Le sénateur Cordy:** Le rôle du gouvernement fédéral serait-il de fournir les résultats de recherche et de sensibiliser la population et les sociétés?

**M. Buffett:** C'est tout à fait cela.

**M. Allen:** Ces derniers mois, j'ai lu dans les journaux des articles sur les enfants et les jeunes Canadiens et le problème de l'obésité au Canada et aux États-Unis. On ne change pas cela du jour au lendemain, mais je pense que les gouvernements, les écoles, le système d'éducation ont un rôle à jouer pour corriger la situation. Le temps consacré à la télévision ou à l'ordinateur et la manière de s'alimenter sont des habitudes qui ne peuvent être changées du jour au lendemain.

Je crois que les gouvernements fédéral et provinciaux ont tous un rôle à jouer en collaboration avec le système d'éducation pour convaincre tous les Canadiens que la santé a une certaine valeur en soi. Elle ne nous fait peut-être pas vivre plus longtemps, mais on se sent mieux.

**Le sénateur Keon:** J'aimerais explorer un thème avec MM. Allen et Robinson et par la suite engager une discussion avec M. Buffett sur les essais cliniques et autres sujets.

M. Allen, dans le troisième point de votre conclusion, vous affirmez que:

Nous n'aimons pas l'insistance que le volume 4 porte aux options axées sur les forces du marché.

À mon avis, la raison pour laquelle les Canadiens se préoccupent tant des tentatives d'altération de notre système de soins de santé à l'heure actuelle, c'est qu'il est revenu au niveau où il était au cours des années 50 alors que des maladies invalidantes et des faillites étaient attribuées aux frais médicaux et hospitaliers inabornables.

Si on pouvait établir une distinction entre le payeur et le dispensateur de services et entre l'évaluateur, le payeur et le dispensateur de services, aurait-on toujours la même objection face aux initiatives privées qui permettraient d'offrir des soins de santé d'une façon plus efficace et plus rentable, tout en maintenant

now? In other words, if we preserve the single payer concept or at least the government responsibility to pay for health care in one way or another for every citizen, and then separate the provider and simply allow government, or whatever supplemental insurance companies exist, the option of going to the lowest bidder who can satisfy the criteria of the evaluator for quality control, would you still object to private people, private organizations providing health care?

**Mr. Allen:** What we have said is that we are uncomfortable with the thrust or the spirit of volume 4.

In the second paragraph on page 5, we briefly refer to a report that was in *The Globe and Mail* a couple of weeks ago based on a report by the Alberta Auditor General who said that there is growing potential for conflict of interest in light of increasing private ownership of health care facilities, and he called for more stringent controls on the contracting out of surgical services to prevent senior doctors from diverting public health dollars to clinics in which they have a financial stake.

This is not a discourse or debate about the market system that we are having in the course of these hearings, it is about the appropriate role for the public sector and the private sector in delivering health care. We must ask ourselves: What are the values that underlie health care and care; and what is the appropriate role for the private sector in that health care system?

Henry Mintzberg, who is a management theorist at McGill University, has said on a number of occasions that there are certain things that should be done in the private sector, and be done more effectively, and that there are certain things that should be done in the public sector.

The questions that we would ask are: What are we looking for in altering or changing the health care system? Are we looking to contain the costs? We now spend about 9.3 per cent or 9.4 per cent of our GDP. That is not very different from what we were spending 10 years ago, so do we have a crisis of costs? Is the issue a value-based one such that there has to be a role for the private sector in the delivery of care to citizens?

How will you measure efficiency if the system changes in that direction? What are we looking for? If we are looking to reduce costs, how will that affect those who work in the system? Those are the kinds of questions we would ask.

**Senator Keon:** Do you think that your organization would tolerate private sector involvement in the delivery of services, provided they were delivered to the standard of an evaluator that was publicly controlled and provided they were paid for by the

le même niveau de contrôle de la qualité que ce que le système public permet de faire à l'heure actuelle? Autrement dit, si on arrivait d'une façon ou d'une autre à maintenir le concept du payeur unique ou à tout le moins la responsabilité du gouvernement à l'égard des frais de santé pour tous les citoyens, puis à séparer le fournisseur de soins de santé en permettant au gouvernement ou à toute autre compagnie d'assurances complémentaire existante de faire affaire avec le plus bas soumissionnaire en mesure de répondre aux critères établis par l'évaluateur aux fins de contrôle de la qualité, vous opposeriez-vous toujours à l'offre de soins de santé par des personnes ou des organismes privés?

**M. Allen:** Ce que nous avons dit, c'est que nous n'étions pas tout à fait d'accord avec l'orientation ou l'esprit du volume 4.

Au deuxième paragraphe de la page 5, vous mentionnez un rapport publié dans le *Globe and Mail* il y a quelques mois. Ce rapport était semble-t-il basé sur un rapport du vérificateur général de l'Alberta qui soulignait qu'il y avait de plus en plus de possibilités de conflits d'intérêts, compte tenu de l'augmentation du nombre d'installations de soins de santé privées, et réclamait des mesures de contrôle plus serrées sur l'attribution de marchés de services chirurgicaux pour empêcher que des médecins occupant des postes élevés détournent des fonds publics vers des cliniques dans lesquelles ils auraient des intérêts financiers.

Nous ne voulons pas faire un discours ou entamer un débat sur le système de marché dans le cadre des présentes séances. Nous tentons simplement de définir les rôles du secteur public et du secteur privé dans l'offre des soins de santé. Nous devons nous demander quelles sont les valeurs à la base des soins en général et des soins de santé en particulier et quel rôle le secteur privé peut jouer dans ce système de soins de santé.

Henry Mintzberg, qui est un théoricien de la gestion à l'université McGill, a dit à bon nombre de reprises qu'il y a certaines choses qui devraient être confiées au secteur privé où elles seraient mieux prises en charge, et d'autres qui devraient être confiées au secteur public.

Il faudrait toutefois se poser les questions suivantes: Dans quel but voulons-nous modifier ou changer le système de soins de santé? Cherchons-nous à réduire les coûts? Nous y consacrons actuellement 9.3 ou 9.4 p. 100 de notre PIB. Comme cette proportion n'a pas beaucoup changé au cours des dix dernières années, pouvons-nous vraiment affirmer qu'il y a une crise au chapitre des coûts? S'agit-il plutôt d'une question basée sur des valeurs voulant que le secteur privé ait un rôle à jouer dans l'offre de soins?

Comment pourra-t-on mesurer le degré d'efficacité si le système change de cette façon? Que cherchons-nous? Si nous voulons réduire les coûts, quelles répercussions tout cela aura-t-il sur ceux qui œuvrent dans le système? Ce sont là des questions que nous devrions poser.

**Le sénateur Keon:** Croyez-vous que votre organisme pourrait accepter la participation du secteur privé au niveau de la prestation de services dans la mesure où ces services répondraient aux normes établies par un évaluateur soumis à un contrôle public



single-payer concept at least, the guaranteed payment by government?

**Mr. Allen:** If it meant that those who are vulnerable, who are poor, who live in poorer regions of the country were not excluded, then we would certainly look at it. I cannot speak on behalf of all the members of the Canadian Council of Churches. If this committee can make a case, a values-based case for the point that you are raising, then it would be unfair for us not to consider that.

**Senator Keon:** Thank you, Mr. Robinson, what is your view on this?

**Mr. Robinson:** We believe that, on the issue of payer and provider, the patient needs to be aware of the choices. It can be done through health care savings allowances, through co-payment options, with the appropriate income contingent areas for lower- and lower-middle income people, or through the insurer. We want to see that.

Dr. David Gratzel, in his Donner Prize winning book, *Code Blue*, makes the point that we have separated and severed that payer-patient-doctor relationship. On a primary care level, yes, that may be so. I see Dr. Rachlis in the room who may disagree with me in another presentation.

To get back to my previous point about the Medisave fund in Singapore and acute care and catastrophic issues, private individuals in Singapore fund that through at-source deductions and it is backed by the government for catastrophic illnesses in the latter years of life. We recognize the limitation of that.

To pick up on Dr. Allen's questions, I talked about the facile public-private or bipolar ideological things that this debate has been minimized to, to the exclusion of all others. I think we need to put back on the table the fact that hospitals in this province are private corporations. They are incorporated under the Ontario Business Corporations Act and under the Ontario Hospitals Act. Those are the two governing pieces of legislation. They are private corporations managed by community trustees as a public trust.

We should also remember that, in terms of this public-private distinction, doctors are private entrepreneurs. They are businessmen. Some may disagree, but I believe that they are business people, businessmen and businesswomen, offering a pre-eminent societal public-good service.

The public-private distinction is not a question of yes or no; it is a question of the appropriate balance and mix. I think that moves the debate onto another plane.

**Senator Keon:** I noticed that in your presentation you did not deal with the population health and a suitable evaluation of that being done. Can you deal with the concept that any evaluation

et où ces services seraient payés selon le principe du payeur unique ou à tout le moins contre une garantie de paiement par le gouvernement?

**M. Allen:** Si on nous garantissait que les gens vulnérables, les pauvres et ceux qui vivent dans les régions les plus pauvres du pays ne seraient pas exclus, nous pourrions certainement nous pencher sur la question. Je ne peux toutefois pas répondre au nom de tous les membres du Conseil canadien des Églises. Si votre comité peut préparer un dossier, un dossier qui serait basé sur des valeurs qui sous-tendraient le point que vous soulevez, il ne serait pas raisonnable de notre part de ne pas l'étudier.

**Le sénateur Keon:** Je vous remercie, M. Robinson, quelle est votre opinion à ce sujet?

**M. Robinson:** Nous sommes d'avis que pour ce qui est du payeur et du fournisseur, le patient doit être au courant des choix qui s'offrent à lui. Il pourrait avoir droit à des primes d'épargne en soins de santé, par des options de participation aux coûts, en tenant compte des revenus selon le cas pour les personnes à revenus moyens ou faibles, ou par l'intermédiaire de l'assureur. Nous aimerions voir une disposition de ce genre.

Dans son ouvrage intitulé *Code Blue*, pour lequel il a reçu le prix Donner, le Dr David Gratzel a souligné que nous avons établi une coupure dans les relations entre le payeur, le patient et le médecin. Au niveau des soins primaires, c'est peut-être effectivement le cas. Je vois le Dr Rachlis dans la pièce qui pourrait exprimer son désaccord à cet égard dans un autre exposé.

Pour en revenir à ce que je disais précédemment sur le Medisave Fund de Singapour, sur les soins de courte durée et les cas graves, les gens contribuent à ce fond par l'intermédiaire de déductions à la source et le gouvernement assure un financement pour les maladies invalidantes pouvant survenir plus tard au cours de la vie d'une personne. Nous reconnaissons que cela comporte certaines limites.

Pour répondre aux questions de M. Allen, j'ai parlé des points rudimentaires de l'idéologie bipolaire portant sur les secteurs public et privé à laquelle le présent débat a été réduit, à l'exclusion de tous les autres. Je crois que nous devons nous pencher à nouveau sur le fait que les hôpitaux de la province appartiennent à des intérêts privés. Ils sont incorporés en vertu de la Loi sur les sociétés par actions et de la Loi sur les hôpitaux de l'Ontario. Ce sont là les deux principales mesures législatives en cause. Ce sont des sociétés privées qui sont gérées par des administrateurs communautaires en vertu d'un mandat public.

Il ne faut pas oublier non plus que compte tenu de ce partage entre le secteur privé et le secteur public, les médecins sont considérés comme des entrepreneurs privés. Ce sont des hommes d'affaires. Certains pourraient ne pas être d'accord avec cela, mais je crois que ce sont des hommes et des femmes d'affaires qui offrent des services publics très importants à la société.

Ce partage entre le secteur privé et le secteur public va plus loin qu'une simple affirmation. Il s'agit d'une question d'équilibre et de dosage. À mon avis, cela porte le débat à un autre niveau.

**Le sénateur Keon:** Je remarque que vous n'avez rien dit dans votre exposé sur l'état de santé de la population et sur une quelconque évaluation à ce chapitre. Êtes-vous d'accord avec le

should be done on the basis of population health, and every move we make should be reflected in a measurable outcome that would improve population health.

**Mr. Robinson:** We do touch on that in our paper, although we did have time limitations.

The population health concept has been flourishing in this country for almost 30 years since Mr. Lalonde's paper. There was an update of that by Mr. Epp under the Conservative administration, and then by Mr. Rock in the Population Health Directorate which now exists Health Canada.

The factors that you list in volume 1 of your report were brought home to everyone with the issues that were raised in Walkerton and North Battleford. You can have the best hospital system in the world, but if you do not have clean drinking water, good luck.

We say that we are dealing with health care. We would make the point that you, as a committee, must see the health care envelope in the context of population health and how it relates to finance, how it relates to the environment, to the food inspection agency and so on.

We also make the point that you should not focus on cost containment. It was Dr. Fyke, in his submission in Saskatchewan, who pointed out that good quality in health care actually costs less, not more. If you focus on quality and excellence within a population health envelope, we think you can build a very good system.

I am not sure if that answers your question, but we have addressed it and we are aware of the issue.

**Senator Keon:** It does. Thank you very much.

I will move to you, Mr. Buffett, and then deal with the evaluator portion of the triad, so to speak.

You expressed your frustration with the fact that frequently the information about things we do is just not available. You are one of the senior officials of McMaster University, which is Canada's hotbed of clinical trials. I believe that one of the traps we fall into in science is that, if we cannot prove something statistically, we ignore all the other information that has unfolded over the ages.

In my debates over the years with statisticians and clinical trials experts at the scientific table, when losing arguments I would repeatedly point out that there never was a clinical trial on parachutes before they were used. The army never sent every second soldier out without a parachute to see if they worked.

concept qui veut que toute évaluation doive être menée sur la base de l'état de santé de la population et que toute mesure que nous prenons doit pouvoir être évaluée en fonction d'un résultat mesurable qui permettrait d'améliorer l'état de santé de la population.

**M. Robinson:** Nous en avons parlé brièvement dans notre mémoire, mais je reconnais que nous avons été limités par le temps.

Le concept portant sur l'état de santé de la population est connu au pays depuis près de 30 ans, soit depuis le rapport de M. Lalonde. Une mise à jour a été effectuée par M. Epp sous l'administration conservatrice, et une autre par M. Rock à la tête de la Direction de la santé de la population créée à Santé Canada.

Nous avons tous été en mesure de saisir l'importance des facteurs que vous énoncez dans le volume 1 de votre rapport par suite des problèmes de Walkerton et de North Battleford. À quoi sert d'avoir les meilleurs hôpitaux du monde si on ne peut compter sur de l'eau potable de qualité.

Nous disons que nous nous occupons des soins de santé. À notre avis, le comité devrait considérer le budget des soins de santé dans le contexte de la santé de la population et des rapports qu'on peut établir avec les finances, l'environnement, l'agence d'inspection des aliments et ainsi de suite.

Nous sommes également d'avis qu'il ne faut pas s'articuler autour de la limitation des coûts. C'est le Dr Fyke qui a souligné au cours de son exposé en Saskatchewan que les soins de santé de bonne qualité coûtent en fait moins cher et non pas plus. Nous sommes d'avis que nous pouvons mettre un très bon système sur pied en se concentrant sur la qualité et l'excellence.

Je ne suis pas certain d'avoir répondu à votre question, mais nous nous sommes penchés sur la question et nous en sommes conscients.

**Le sénateur Keon:** Cela me convient. Je vous remercie beaucoup.

Je vous laisserai la parole M. Buffet, puis je passerai à la partie évaluation de la triade si je peux m'exprimer ainsi.

Vous avez souligné que vous étiez frustré du fait qu'il arrive souvent que l'information sur ce que nous faisons ne soit tout simplement pas disponible. Vous êtes l'un des principaux responsables de l'université McMaster, où se font la plupart des essais cliniques au Canada. À mon avis, l'un des pièges dans lesquels nous sommes tombés dans le domaine des sciences, c'est que lorsque nous ne sommes pas en mesure de prouver quelque chose de façon statistique, nous ignorons tous les autres renseignements que nous avons pu recueillir dans ce domaine au fil du temps.

Dans les débats auxquels j'ai participé au cours des années avec les statisticiens et les cliniciens experts à la table scientifique, lorsque je perdais une argumentation, je soulignais à chaque fois qu'on n'avait jamais fait d'essai clinique sur les parachutes avant de les utiliser. L'armée n'a jamais envoyé la moitié de ses soldats sans les munir de parachutes pour déterminer s'ils étaient efficaces.



The same applies to population health. The evidence is absolutely overwhelming that rich people are healthy; poor people are unhealthy. Sometimes I think we are preoccupied with trying to design clinical trials that prove that snow is white.

What do you think would be the ideal evaluation system in Canada? Should it be led by the federal government? Should it be a federal-provincial initiative in concert with the universities? Should the federal government be responsible for quality, and should the evaluators work on contract as private agents? How would you see this whole evaluation system being set up?

**Mr. Buffett:** My thinking is that the leadership role would be played by the federal government in concert with, in particular, the universities.

In looking at the recent initiatives by the federal government in funding a multitude of research chairs, I wonder if the same mechanism cannot be utilized with a narrower focus specifically directed towards the whole population health worksite wellness milieu.

**Senator Keon:** Do you not think that you would have to take a broader approach and look at our pockets of population, for example, some of our northern populations?

**Mr. Buffett:** Absolutely. In responding to your question, I am simply, in the broadest possible sense, trying to indicate where I think the activity must take place. We certainly need to look at some of our more northern groups. There is a phenomenon now that we are recognizing for the first time in a multicultural society, and that is, frankly, people from different ethnic backgrounds respond very differently to health promotion initiatives.

A whole area of learning needs to take place for those of us who are not of a particular ethnicity so that we can identify how we can communicate effectively about health promotion with people who are, for example, from East Asia, because it would be markedly different from how we would communicate with people from South America. A tremendous amount of learning needs to take place, not only about some of our Native peoples who live in remote communities, but also as it applies to that broad mix of people who now comprise the Canadian populace. There must be a far greater degree of sensitivity in delivering this message.

My focus has been, for the most part, on how to utilize that worksite as a means of not only disseminating health promotion related information, but also encouraging people to participate. As I mentioned earlier, there would, potentially, be an enormous payback for the employer. The investment, when viewed against that potential payback, would be rather nominal.

The multicultural nature of most workforces means that we need to be far better equipped to deal with a diverse population. I am married to an East Indian woman, and her response to health prevention and health promotion is markedly different from many

À mon avis, le même critère s'applique à la santé de la population. Il est très évident que les riches sont en santé et que les pauvres sont malades. Il me semble parfois que nous tentons de mettre au point des essais cliniques qui nous permettraient de prouver que la neige est blanche.

Quel serait à votre avis le système d'évaluation idéal au Canada? Devrait-il être dirigé par le gouvernement fédéral? Devrait-il plutôt s'agir d'une initiative fédérale-provinciale entreprise en collaboration avec les universités? Le gouvernement fédéral devrait-il être responsable de la qualité et les évaluateurs devraient-ils travailler à contrat à titre d'agents privés? Comment tout ce système d'évaluation devrait-il être conçu selon vous?

**M. Buffett:** Je crois que le gouvernement fédéral devrait assumer le rôle de direction en collaboration avec les universités.

Je pense par exemple à ce que le gouvernement fédéral a fait au niveau du financement de bon nombre de chaires de recherche. Je me demande si on ne pourrait pas avoir recours au même mécanisme en réduisant l'objectif au dossier de la santé de la population et du bien-être en milieu de travail.

**Le sénateur Keon:** Ne croyez-vous pas que nous devrions adopter une approche plus large et étudier certains groupes de populations, par exemple nos populations du Nord?

**M. Buffett:** Tout à fait. En réponse à votre question, j'essaie tout simplement, dans le sens le plus vaste possible, de préciser les secteurs où je crois que nous devons concentrer nos activités. Nous devons très certainement nous pencher sur la situation de nos groupes du Nord. Il existe à l'heure actuelle un phénomène que nous reconnaissons pour la première fois dans une société multiculturelle, et c'est le fait que les gens d'origines ethniques différentes répondent de façon bien différente aux initiatives de promotion de la santé.

Tous ceux qui n'appartiennent pas à une ethnie étrangère devront acquérir certaines connaissances pour apprendre à communiquer efficacement avec des gens de l'Asie orientale par exemple, sur des questions de promotion de la santé, parce qu'il faudrait s'y prendre bien différemment avec eux qu'on le ferait avec des Sud-Américains. Il y a beaucoup de choses à apprendre, non seulement à propos de certains de nos peuples autochtones qui vivent dans des communautés éloignées, mais également en ce qui concerne le vaste éventail de gens qui constituent à l'heure actuelle la population canadienne. On doit faire preuve de beaucoup plus de sensibilité en transmettant ce message.

J'ai tenté en grande partie de profiter de ce lieu de travail non seulement pour transmettre des renseignements relatifs à la promotion de la santé, mais aussi pour encourager les gens à y participer. Comme je l'ai souligné plus tôt, il pourrait y avoir des avantages importants pour l'employeur, et dans cette optique, l'investissement pourrait être assez faible.

La nature multiculturelle de la plupart des groupes de travail tient compte de la nécessité d'être beaucoup mieux équipé pour traiter avec une population diversifiée. Mon épouse vient des Indes orientales et sa réaction face à la prévention et à la

of her peers who are native Canadians. There must be a far greater consciousness of that reality.

**Senator Robertson:** Your oral presentations have been excellent. Unfortunately, we have run out of time. We will study the prepared texts that you have provided to us. Many people now understand that, perhaps, the best delivery of health care is found in the workplace, the community and the schools, that is, where we live, where we work and where we play.

Is there anything that governments, federal and provincial, can do to help encourage the workplace to get involved in these good programs?

**Mr. Buffett:** We spoke briefly about incentives, and I am not a proponent of incentives. I believe that there are sufficient incentives.

The federal and provincial governments have a role to play in educating the business sector about the financial benefits associated with the delivery of health promotion at the worksite. I never fail to be astounded at how difficult it is to locate or identify anyone in a senior capacity in a Canadian private corporation who thinks in any great depth about the role his organization does or does not play in financing the Canadian health care plan. As you know, in this province, we have an employer tax, and yet the perception is that health care is free.

We do a terrible job of making the point that we all pay for health care through our taxes. We also pay indirectly through such things as payroll taxes. We have little information that will tell us how organization A functions versus organization B, C or D.

One of the questions I would suggest that the federal government in particular must wrestle with is to what extent the government will intervene. I want to stay away from the word "incentives" or any word that would mean "incentive." A tremendous educational role needs to be played by the federal government in encouraging captains of industry to recognize that this is not unlike training.

In the 1960s when I finished university, training was, for want of a better word, a joke. You worked in an organization and they told you they would train you. Of course, you trained yourself or you would not get ahead.

That is where we are today relative to issues such as health promotion. We need to make that organizational commitment to employee health for the simple reason that it makes great business sense. It also makes great sense in terms of preserving our national health care system.

You are aware of these statistics. You know that 35 per cent of the Canadian population are considered to be obese. Over 50 per cent of Canadians live sedentary life-styles. I believe that 35 per cent of working Canadians indicate that they are experiencing severe stress. According to the Roundtable on

promotion de la santé est bien différente de celle de la plupart de ses amies canadiennes d'origine. Il faut être sensibilisé à cette réalité.

**Le sénateur Robertson:** Vos exposés oraux ont été très intéressants. Malheureusement, nous manquons de temps. Nous étudierons les mémoires que vous nous avez fait parvenir. Bon nombre de personnes comprennent maintenant que le meilleur endroit pour fournir des soins de santé pourrait être au travail, dans la collectivité et dans les écoles, c'est-à-dire où nous vivons, où nous travaillons et où nous exerçons nos loisirs.

Y a-t-il quoi que ce soit que les gouvernements fédéral et provinciaux peuvent faire pour aider à encourager les employeurs à participer à ces excellents programmes?

**M. Buffett:** Nous avons brièvement parlé des mesures d'incitation. Je ne suis pas en faveur de ces mesures. À mon avis, il existe déjà suffisamment d'incitatifs dans ce sens.

Les gouvernements fédéral et provinciaux ont un rôle à jouer au niveau de la sensibilisation du monde des affaires aux avantages financiers que l'on peut tirer de la promotion de la santé sur les lieux de travail. Je suis toujours étonné de voir combien il est difficile de trouver une seule personne de la haute direction des sociétés privées canadiennes qui soit consciente du rôle que son organisation joue ou ne joue pas dans le financement du régime de soins de santé canadien. Comme vous le savez, il existe en Ontario une taxe des employeurs, mais la perception de la gratuité des soins de santé demeure.

Nous n'arrivons pas à faire reconnaître le fait que nous payons tous pour les soins de santé par nos impôts. Nous payons également de façon indirecte par les cotisations sociales que nous versons. Nous avons très peu de renseignements qui pourraient nous permettre de mieux comprendre comment l'organisation A fonctionne par rapport à l'organisation B, C ou D.

À mon avis, l'une des questions sur lesquelles le gouvernement fédéral devrait se pencher est le niveau auquel il est prêt à intervenir. Je ne veux pas utiliser le mot incitatif ou tout autre mot qui pourrait signifier la même chose. Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle de formation très important pour encourager les chefs d'industries à reconnaître que cela n'est pas différent de la formation.

Au cours des années 60, lorsque j'ai terminé mes études universitaires, la formation n'était ni plus ni moins qu'une farce. Vous vous engagiez pour une organisation qui disait vouloir vous former. Toutefois, vous deviez vous former vous-mêmes si vous voulez avancer.

C'est là où nous en sommes aujourd'hui dans des dossiers comme la promotion de la santé. Nous devons prendre des engagements administratifs face à la santé de nos employés, pour la simple raison que c'est une mesure logique du point de vue des affaires. C'est également logique au chapitre du maintien de notre système de soins de santé national.

Vous connaissez ces statistiques. Vous savez que 35 p. 100 de la population canadienne est considérée comme étant obèse. Plus de la moitié des Canadiens vivent une vie sédentaire. Je crois que 35 p. 100 des Canadiens qui travaillent soulignent qu'ils sont très stressés. Selon les données de la Table ronde sur la santé mentale,



Mental Health, 20 per cent of Canadians at some point in their life will suffer from depression. In the last month two individuals whom I knew, although somewhat remotely, who were in their 30s, took their own lives. These people who were successful in their careers, for all intents and purposes, and yet, unbeknownst to those of us who associated with them, they were afflicted with depression. They kept it to themselves and, ultimately, they took their lives.

There is an incredible need for the government to play a significant role in educating people about the opportunities that exist for them and for this country, if we can become a healthier nation.

**Senator Robertson:** Mr. Allen, the council, understandably so, is generally concerned about those people in our country who are poor, who are disadvantaged, and who do not have the benefits enjoyed by a certain other group of people.

There is the concern, rightly expressed by the council, that should changes in the health care system, for instance, require participatory action by citizens, that might hurt those less fortunate people. They may feel that they are receiving a poorer quality of care.

Not that many years ago, universality was a sacred cow in this country. Not that many years ago, and in fact, it was this committee with a different membership, recommended to the federal government that family allowances, money going from the federal government to children, and payments to senior citizens, should be targeted to those who needed the money the most and that it should not be a universal payment. That was the first break in the story of universality. We no longer hear anything about family allowances or pension monies going to those who need it most.

If we could design a health system along those lines, without stigma, and provide health care that ensures certain participation for those who need it most, would that be offensive to the Council?

**Mr. Allen:** We have hardly made a dent in child poverty in this country since 1989. The fact is that the gap between those who have and those who do not have has grown in this country.

**Senator Robertson:** I understand that.

**Mr. Allen:** In looking at what we spend on health care as a percentage of our GDP, we compare favourably with most OECD countries. Some may argue, in fact, we are on the low end of the scale; that we are not spending too much.

If we are concerned about the health and well-being of citizens and communities in this country, then health care is only part of the mix, if you like. I am not an economist, but it may be possible to actually reduce what we spend on health care if we had better social programs. Over the past five or six years, the social programs in many provinces in this country have been eviscerated. Our denominations have more people using

20 p. 100 des Canadiens souffriront de dépression à un moment ou l'autre de leur vie. Au cours des deux derniers mois, deux jeunes dans la trentaine que je connaissais, quoique de loin, se sont enlevés la vie. Ces gens n'avaient pas vraiment de problèmes dans leur carrière, mais, sans que les gens qui étaient près d'eux ne s'en rendent compte, ils étaient atteints de dépression. Ils n'en parlaient à personne et ils ont fini par se suicider.

Le gouvernement doit absolument jouer un rôle important pour sensibiliser les gens aux avantages que nous tirerons d'accroître notre niveau de santé collectif.

**Le sénateur Robertson:** M. Allen, le conseil se préoccupe tout naturellement des Canadiens pauvres et désavantagés qui n'ont pas droit aux mêmes avantages que d'autres.

Le conseil a souligné, à juste titre, que s'il devait y avoir des changements au sein du système de santé qui exigent la participation des citoyens par exemple, les gens moins nantis pourraient avoir à en souffrir. Ils pourraient avoir l'impression de recevoir des soins de moins bonne qualité.

Il n'y a pas si longtemps, l'universalité des soins était considérée comme une vache sacrée au Canada. Il n'y a pas si longtemps, et c'est en fait le comité actuel composé de différents membres qui l'a fait, on a recommandé au gouvernement fédéral que les allocations familiales, soit l'argent versé par le gouvernement fédéral pour les enfants, ainsi que les sommes versées aux personnes âgées, soient consacrées à ceux qui avaient le plus besoin de cet argent et que cela ne constitue pas un paiement universel. C'était le premier écart au principe de l'universalité. Nous n'entendons plus parler de verser les allocations familiales ou les pensions à ceux qui en ont le plus besoin.

Si nous pouvons sans trop de conséquences, établir un système de soins de santé selon ces paramètres et fournir des soins de santé qui assurent une certaine participation pour ceux qui en ont le plus besoin, cela serait-il choquant pour le conseil?

**M. Allen:** Nous n'avons pratiquement rien fait au chapitre de la pauvreté chez les enfants depuis 1989. En fait, l'écart entre les nantis et les non nantis s'est même creusé au pays.

**Le sénateur Robertson:** Je comprends cela.

**M. Allen:** Compte tenu des sommes que nous consacrons aux soins de santé par rapport à notre PIB, nous soutenons la concurrence avec la plupart des pays de l'OCDE. Certains pourraient dire cependant que nous sommes à la limite et que nous ne dépensons pas beaucoup.

Si nous nous préoccupons de la santé et du bien-être des citoyens et de nos collectivités, les soins de santé ne sont qu'une partie de l'équation si je peux dire. Je ne suis pas économiste, mais je crois que nous pourrions réduire nos dépenses dans le domaine de la santé si nous avions de meilleurs programmes sociaux. Au cours des cinq ou six dernières années, les programmes sociaux ont subi d'énormes compressions dans bon

out-of-the-cold programs, more people using the food banks, and not just individuals or not just individual males but families.

I think the Committee needs to look at that issue. You must weigh what we spend and where we spend it, to remind all of us that other social programs have an important bearing on our health as individuals and as communities. That, for us, would be fundamental.

**Senator Robertson:** You are talking about the restructuring of all the social programs. We will deal with that at another time.

The question that this committee has asked on different occasions is: If more money is needed, should it come from the taxpayers in the form of higher taxes or directly from the users of the system through some form of partial payment for the services rendered? How would you respond to that question, Mr. Robinson?

**Mr. Robinson:** Either way, it will come from the taxpayers who use it.

**Senator Robertson:** That is right.

**Mr. Robinson:** The issue for us is that there be a greater individual accountability at the primary care level, if not direct payment, at least an understanding.

Two provinces are now doing point-of-service verification where they are double-checking and auditing. They will ask patients: "Did your doctor do these procedures? Do you know how much they cost?" That is an appropriate step in the right direction.

We think the system is focussed too much on the supply side of the equation and not the demand side of the equation in terms of our utilization of health care.

At the end of the day, there should be greater individual accountability, again, respecting our principles and respecting the issues of low-income needs, access needs and disease-specific extraordinary costs which nobody can afford to pay.

**Senator Robertson:** Earlier you mentioned the extramural hospital in New Brunswick, that is, working outside of the system. It does not work outside the system, sir. It is registered under the New Brunswick Hospital Act and works in the system. The only thing we removed was the hospital.

**Mr. Robinson:** I understand that, Senator, but it falls outside the Canada Health Act because New Brunswickers have made the decision to pay for that themselves through their provincial taxes, and CHST transfers do not pay for the extramural hospitals.

**Senator Robertson:** No, that is wrong.

**Mr. Robinson:** Mr. Robichaud from the National Advisory Council on Aging, in his presentation to Elsie Wayne's committee

nombre de provinces. On trouve dans nos groupes plus de gens qui font appel aux programmes des sans-abri et aux soupes populaires. Ce ne sont plus uniquement des hommes seuls, mais des familles entières.

Je crois que le comité doit se pencher sur cette question. Vous devez évaluer ce que nous dépensons et comment nous le dépensons pour nous rappeler que les autres programmes sociaux ont des répercussions importantes sur notre santé à titre individuel et à titre collectif. Cela serait essentiel pour nous.

**Le sénateur Robertson:** Vous parlez de restructurer tous nos services sociaux. Nous parlerons de cette question une autre fois.

Le comité a souvent posé la question suivante: Si nous avions besoin de plus d'argent, ces sommes devraient-elles venir des contribuables de qui l'on exigerait davantage en impôts, ou directement des usagers sous forme de participation aux coûts pour les services offerts? Quel est votre avis à ce sujet, M. Robinson?

**M. Robinson:** D'une façon ou d'une autre, l'argent viendra des contribuables qui utiliseront les services.

**Le sénateur Robertson:** Vous avez raison.

**M. Robinson:** Ce qui nous importe, c'est qu'il y ait une plus grande responsabilité au niveau des soins primaires, soit sous forme de paiement ou à tout le moins d'une certaine sensibilisation.

Deux provinces ont déjà mis sur pied un système de vérification de points de service qui prévoit des contre-vérifications et des contrôles. On pose aux patients des questions du genre: Votre médecin a-t-il bien pris ces mesures? Savez-vous combien cela coûte? C'est un pas dans la bonne direction.

Nous sommes d'avis que le système est trop orienté sur l'aspect de l'offre et pas suffisamment sur l'aspect de la demande au chapitre de l'utilisation des soins de santé.

En fin de compte, il devrait y avoir une plus grande responsabilisation individuelle, tout en maintenant le respect de nos principes et des besoins des personnes à faibles revenus, des besoins au chapitre de l'accès et des coûts exorbitants entraînés par certaines maladies et que personne n'est en mesure de payer.

**Le sénateur Robertson:** Vous avez parlé plus tôt de l'hôpital extra-mural du Nouveau-Brunswick qui fonctionne indépendamment du système. J'aimerais préciser qu'il ne fonctionne pas de façon indépendante. Il est régi par la Loi hospitalière du Nouveau-Brunswick et fait partie du système de santé. La seule chose que nous ayons enlevée, c'est l'hospitalisation.

**M. Robinson:** Je le comprends, madame le sénateur, mais cet hôpital ne relève pas de la Loi canadienne sur la santé puisque les Néo-Brunswickois ont décidé de payer eux-mêmes pour cet hôpital à même leurs impôts provinciaux, les transferts du TCSPS ne couvrant pas les hôpitaux extra-muraux.

**Le sénateur Robertson:** Non, c'est faux.

**M. Robinson:** M. Robichaud du Conseil consultatif national sur le troisième âge a dit dans un exposé présenté devant le comité



— and it is a government-funded commission — has said that the CHST does not fund New Brunswick extramural hospitals.

**Senator Robertson:** Perhaps that was a very recent change. I will check on that. Thank you.

**Senator Callbeck:** Mr. Allen, in your brief you talk about accountability of governments, the fact that governments should have to tell the taxpayer how the money is spent. If provincial governments sent out a statement to each person at the end of the year explaining how much that person had cost the system, do you think that would be effective? Would it be worth the effort?

**Mr. Allen:** I think you will get much better advice on that from other briefs. However, I believe you would need standards across the country so that the same questions are asked and the focus is on the same issues, whether you live in Newfoundland or British Columbia. There should be one standard, in a sense "report card." I do not think is the appropriate term, but you would need standards that the federal government and the provinces could agree on. As to how you would achieve that consensus across those two jurisdictions, is a matter you may want to think about.

There must be some common denominators across the country that would include not only costs but also some standards or data on wellness. Why should citizens in one part of the country not hear about innovations in another province, innovations that have enhanced the care of the individual and the care of the community?

**The Chairman:** I would thank all of you for coming. As you know, we could have continued for a considerable amount of time.

Senators, our last panel before lunch will consist of Dr. Michael Rachlis, who is one of the most prolific writers and speech-makers, and so on, on health reform issues; Dr. Joel Lexchin from the Medical Reform Group; and Dr. Arif Bhimji from At Work Health Solutions Inc., and he is accompanied by Gery Barry, who is the CEO of Liberty Health.

Dr. Lexchin, I will begin with you. Since we have a lot of questions to ask you, perhaps you would just touch on the highlights in your paper.

**Dr. Joel Lexchin, Medical Reform Group:** On behalf of the Medical Reform Group, which is a group of about 150 physicians in Ontario, we will make a couple of points that are elaborated on in our brief.

Earlier, I heard Senator Keon asking whether it would be acceptable to ask the public to pay for private delivery. The United States example is an excellent illustration of why that would not be a good choice.

d'Elsie Wayne — et il s'agit là d'une commission financée par le gouvernement — que le TCSPS ne finançait pas les hôpitaux extra-muraux du Nouveau-Brunswick.

**Le sénateur Robertson:** Il s'agit peut-être d'une modification apportée très récemment. Je vais vérifier mes données. Je vous remercie.

**Le sénateur Callbeck:** M. Allen, dans votre exposé, vous avez parlé de la responsabilisation des gouvernements, du fait que les gouvernements devraient être obligés de faire rapport aux contribuables de l'argent qu'ils dépensent. Si les gouvernements provinciaux envoyaient un relevé annuel de leurs dépenses à chacun des contribuables pour leur faire savoir combien d'argent a été dépensé pour eux au cours de l'année, cela serait-il efficace? Est-ce que cela vaudrait la peine?

**M. Allen:** Je crois que vous trouverez de bien meilleurs commentaires à ce sujet dans d'autres exposés. Toutefois, je suis d'avis qu'il faudrait établir des normes nationales à ce sujet pour que l'on pose les mêmes questions et que l'on se penche sur les mêmes problèmes, que l'on vive à Terre-Neuve ou en Colombie-Britannique. Il devrait y avoir une seule série de normes pour la préparation d'un genre de «fiche de rendement». Je ne suis pas certain que ce soit là le bon terme, mais ce que je veux dire, c'est qu'il devrait y avoir des normes sur lesquelles le gouvernement et les provinces pourraient s'entendre. En ce qui a trait à la façon d'en arriver à un tel consensus des deux côtés, c'est une question à laquelle vous voudrez peut-être réfléchir.

Il devrait y avoir certains dénominateurs communs au pays qui tiennent compte des coûts, mais également des normes et autres données sur le bien-être. Pourquoi les citoyens d'une partie du pays ne devraient-ils pas entendre parler des innovations adoptées dans une autre province, des idées nouvelles qui ont amélioré la fourniture de soins aux personnes et à leurs collectivités.

**Le président:** Je vous remercie tous de votre présence. Comme vous le savez, nous aurons pu poursuivre cette discussion pendant longtemps.

Sénateurs, le dernier groupe de témoins que nous entendrons avant le déjeuner est composé du Dr Michael Rachlis, qui est l'un des écrivains, rédacteurs de discours et autres les plus actifs dans le domaine de la réforme des soins de santé, le Dr Joel Lexchin du Medical reform Group, et le Dr Arif Bhimji de la société At Work Health Solutions inc., qui est accompagné de Gery Barry, le PDG de Liberté Santé.

Dr Lexchin, je commencerai avec vous. Nous avons bon nombre de questions à vous poser et je vous demanderais donc de nous présenter votre exposé très sommairement.

**Le Dr Joel Lexchin, Medical Reform Group:** Au nom du Medical Reform Group qui réunit environ 150 médecins ontariens, je vous présenterai quelques-uns des points qui sont définis plus en profondeur dans notre mémoire.

J'ai entendu plus tôt le sénateur Keon demander s'il serait acceptable de demander au public de payer pour des services privés. La situation qui prévaut aux États-Unis est une excellente illustration de la raison pour laquelle nous ne devrions pas nous engager dans cette voie.

I know that the committee has not been particularly interested in hearing evidence from the United States because they believe that our systems are too divergent. However, I would draw your attention to the dialysis clinics in the United States. All renal dialysis in the United States is paid for under medicare, regardless of the age of the person. About two-thirds of the dialysis is delivered by private facilities; one-third is delivered publicly. A recent study in the *New England Journal of Medicine* looked at mortality rates in these two sets of clinics and at the referrals for renal transplantation from these two different kinds of clinics. The results show that mortality rates are significantly higher, about 20 per cent higher, in the private clinics, despite the fact that they are being funded publicly. It is the same source of money. They also showed that there is a lower rate of referral for transplantation from the private clinics than from the public clinics. This is only one study that has looked at differences between private and public delivery, but in this case it is particularly apropos because the money comes from the same source. It is public money.

The interpretation is quite simple. Private medical delivery is not as good as public medical delivery. That is a major reason to reject the private delivery of health services.

Earlier, someone was talking about how the Quebec drug plan respects the spirit of the Canada Health Act. Respectfully, I disagree. The figures in volume 4 of your report on the percentage of people who have drug insurance are grossly inaccurate. Not 100 per cent of people in Ontario have drug insurance.

In Quebec, while nominally 100 per cent of people may have drug insurance, given the user fees that are charged in that province to the elderly, which can go up to I believe \$750 per year, de facto a large percentage of people there do not receive any benefits from drug insurance. The public-private model of drug insurance delivered in Quebec has been shown to result in significant problems for Quebecers.

A study done out of McGill showed that, after the institution of the Quebec system, hospitalizations, doctors' visits, and visits to emergency departments by people on welfare and people over the age of 65 went up dramatically because they had to pay a user fee. User fees defeat the purpose of drug insurance. If you pay user fees, you will forego the use of necessary drugs and that will make your health worse. That was demonstrated in Quebec.

Finally, the Medical Reform Group has to wonder why it is that volume 4 of your report ignores or downplays the principles in the Canada Health Act and puts forward positions that are more in tune with the American system.

We have to look at whether or not there is a conflict of interest here amongst certain members of the committee, specifically the Chair of the committee, Senator Kirby, with his position on the

Je sais que le comité n'est pas particulièrement intéressé à entendre parler de ce qui se passe aux États-Unis parce que nos deux systèmes sont trop différents. Toutefois, j'aimerais attirer votre attention sur les cliniques américaines de dialyse. Tous les services de dialyse rénale sont remboursés par l'assurance-maladie aux États-Unis, quel que soit l'âge du patient. Environ les deux tiers de ces services sont assurés par des installations privées et les autres par des établissements publics. Une étude publiée récemment dans le *New England Journal of Medicine* s'est penchée sur les taux de mortalité dans ces deux types de cliniques et sur les renvois aux fins de transplantation rénale dans ces deux types de cliniques. Les résultats démontrent que les taux de mortalité sont de beaucoup supérieurs, par environ 20 p. 100, dans les cliniques privées, malgré le fait qu'elles soient financées à même les fonds publics. C'est la même source d'argent. Ils ont également démontré que le taux de renvois aux fins de transplantation est plus faible dans les cliniques privées que dans les cliniques publiques. C'est la seule étude qui ait porté sur les différences entre les soins offerts par les secteurs publics et privés, mais dans ce cas, c'est particulièrement pertinent puisque les fonds proviennent de la même source. Il s'agit de fonds publics.

L'interprétation est assez simple. Les services médicaux privés ne sont pas aussi bons que les services publics. C'est là une raison fondamentale pour refuser les services de santé publics.

Quelqu'un a parlé plus tôt de la façon dont le programme d'assurance-médicaments du Québec respecte l'esprit de la Loi canadienne sur la santé. J'aimerais faire part de mon désaccord à ce sujet. Les données contenues dans le volume 4 de votre rapport sur le pourcentage de gens qui ont accès à une assurance-médicaments est tout à fait inexact. Ce ne sont pas tous les Ontariens qui ont accès à ce type d'assurance.

Si tous les Québécois ont théoriquement accès à l'assurance-médicaments, compte tenu des frais d'utilisation qui sont exigés des personnes âgées, lesquels peuvent atteindre jusqu'à 750 \$ par année si je m'abuse, un grand nombre de personnes ne retirent de ce fait aucun bénéfice de ce régime d'assurance. Le régime mi-public mi-privé adopté au Québec a entraîné des problèmes sérieux.

Une étude menée à l'université McGill a démontré qu'après l'adoption de ce système au Québec, le nombre d'hospitalisations, de visites chez le médecin et dans les cliniques d'urgence par les personnes de plus de 65 ans tirant des prestations de bien-être social ont beaucoup augmenté parce que ces gens devaient payer des frais d'utilisation. Ces frais vont à l'encontre de l'objet même de l'assurance-médicaments. Lorsqu'on impose des frais d'utilisation, les gens omettent de prendre des médicaments qui leur sont essentiels, ce qui les rend ensuite plus malades. On l'a prouvé au Québec.

Enfin, le Medical Reform Group se demande pourquoi le volume 4 de votre rapport fait fi ou minimise les principes de la Loi canadienne sur la santé et avance des positions qui correspondent davantage au système américain.

Nous devons déterminer s'il existe un conflit d'intérêts ici entre certains de membres du comité, tout particulièrement en ce qui a trait au président, le sénateur Kirby, compte tenu du poste qu'il



board of Extendicare. Extendicare is a private delivery system, and volume 4 of the report seems to be in tune with supporting private delivery, private sources of money. We think there is a major problem there too.

**The Chairman:** Since you raise it, let me make two comments on that.

First, the report is a unanimous report of a dozen people, not just me, including Senator Keon who is, as you well know, in the medical profession; Senator Yves Morin, who is former Dean of Medicine at Laval; Senator Brenda Robertson, who is a former Minister of Health; and Senator Catherine Callbeck, who is a former premier. That is the first point.

The second point is that the document puts forward options. It does not put forward particular solutions. I think you are being unfair to my colleagues. Whatever you want to do with me is your business, but it is unfair to my colleagues for you to take the position that, because of something that I do, this report reflects only the view of one person and not in fact what it is, which is the unanimous view of the committee.

I do not want to debate it with you. I am just responding to your point. Continue.

**Dr. Lexchin:** Yes, that is fine. I am finished. Thank you.

**Dr. Michael M. Rachlis, as an individual:** Senators, it is a real pleasure to be given the opportunity to speak to you this morning. I have met some of you previously, and I look forward to renewing my acquaintance with you.

I have given a copy of the outline of my presentation to your staff. I hope you have copies of it. I have also provided a floppy disk with three of my recent papers to which I may refer.

Firstly, I want to make the point that I believe that medicare was the right road to take, although there is a lot of concern that we may have gone on the wrong road. Some people have said that it was a good thing for us to have done years ago when we were young and healthy. Now that we are old and decrepit, we can no longer afford it.

Canada and the U.S. had similar health systems, a similar health status 50 years ago when Tommy Douglas started the road to medicare in Saskatchewan. We were paying similar amounts for our health system at that time. Now Canadians spend 50 per cent less of their GDP on health care. Approximately 42 million Americans have no health insurance whatsoever. Tens of millions have such inadequate coverage that 500,000 declare personal bankruptcy because of health care bills. Canada's infant mortality rate is 30 per cent lower.

exerce au sein du conseil d'Extendicare. Extendicare est un réseau privé de services et le volume 4 du rapport semble appuyer l'offre de services par le secteur privé et le financement privé de ces services. Nous considérons qu'il y a un problème important à ce chapitre également.

**Le président:** Puisque vous avez soulevé la question, permettez-moi de faire deux commentaires à ce sujet.

Tout d'abord, nous parlons d'un rapport unanime dont je suis loin d'être le seul auteur puisqu'il a été préparé par une douzaine de personnes, dont le sénateur Keon qui, comme vous le savez bien, appartient à la profession médicale, le sénateur Yves Morin, qui est l'ancien doyen de la faculté de médecine de l'université Laval, du sénateur Brenda Robertson, autrefois du ministère de la Santé, et du sénateur Catherine Callbeck, anciennement première ministre. C'est mon premier point.

Deuxièmement, ce document présente des options. Il ne propose pas de solutions en particulier. Je crois que vous vous montrez injustes envers mes collègues. Vous pouvez penser ce que vous voulez en ce qui me concerne, mais il est injuste pour mes collègues de prétendre qu'en raison de mes occupations, ce rapport ne reflète que l'opinion d'une seule personne et non l'opinion unanime du comité.

Je ne veux pas discuter de cette question avec vous, je voulais simplement mettre cette chose au point. Vous pouvez poursuivre.

**Le Dr Lexchin:** C'est très bien. J'ai terminé. Merci.

**Le Dr Michael M. Rachlis, à titre personnel:** Messieurs, dames les sénateurs, c'est un grand plaisir pour moi de pouvoir m'adresser à vous ce matin. J'ai déjà rencontré certains d'entre vous plus tôt et je suis très heureux de vous revoir.

J'ai remis une copie des grandes lignes de ma présentation à votre personnel. J'espère qu'on vous l'a remise. J'ai également fait parvenir une disquette sur laquelle se trouvent trois de mes plus récents écrits dont je pourrais parler.

Tout d'abord, j'aimerais souligner qu'à mon avis, il était approprié d'adopter le régime d'assurance-maladie, même si plusieurs personnes se demandent si nous avons pris la bonne décision. Certains ont avancé que c'était une bonne chose il y a plusieurs années lorsque nous étions tous jeunes et en santé. Toutefois, ils sont d'avis que maintenant que nous sommes vieux et décrépits, nous ne pouvons plus nous le permettre.

Le Canada et les États-Unis disposaient de systèmes de soins de santé semblables et l'état de santé global de leur population était similaire il y a 50 ans lorsque Tommy Douglas a jeté les jalons de l'assurance-maladie en Saskatchewan. Nos budgets de soins de santé étaient semblables à ce moment-là. Maintenant, les Canadiens paient 50 p. 100 de moins en proportion de leur PIB pour les soins de santé. Environ 42 millions d'Américains n'ont accès à aucune forme d'assurance-maladie. Des dizaines de millions d'autres n'ont accès qu'à un régime tellement inadéquat que 500 000 d'entre eux ont dû déclarer faillite en raison de dépenses de santé énormes. Le taux de mortalité infantile est inférieur de 30 p. 100 au Canada par rapport aux États-Unis.

Despite the fact that the committee has been at pains to say that you are looking for policies outside the United States, we must remember that there was a fork in the road 50 years ago; and while the rest of Canadian society has become more American in the last 50 years, our health system has actually become more Canadian. That should be a great point of pride, and we should not forget the impact of making that correct decision 50 years ago.

Secondly, the real problem with medicare is not that it is publicly financed or that we rely upon not-for-profit delivery, but rather that it was designed for another time. We first started to debate medicare in this country about 100 years ago. In 1919, Mackenzie King forced the Liberal Party of the day to include medicare in its election platform. God bless you and them, it only took another 47 years before the legislation was passed.

**The Chairman:** Things move slowly in government, as they do in universities.

**Dr. Rachlis:** For those who are wondering about that 1997 promise of home care and pharmacare, we only have to wait until 2043, although I hope that your committee will make it happen sooner than that.

The real problem is that we designed medicare for another time — a time when tuberculosis, diphtheria, polio, et cetera, were rife. Accidents and injuries were much more common on a per capita basis than they are now. Even in the last 10 years, tremendous advances have been made which, unfortunately for people awaiting transplants, has meant that there are fewer organs available because trauma is less common.

Our major problem is that we are not coping well with the transition we have made to dealing with, mainly, chronic illness. Our acute care services are some of the best in the world. If you are going to have a serious heart attack or a serious car accident, there is no other place in the world where you should have it than in Canada. God forbid you should have it at all, but if you do have anything serious that requires acute care, you will get as good or better care in Canada than anywhere.

However, our care for chronic illness is anywhere from poor to appalling. Currently, our diabetic control program in Canada is mainly bypass surgery and kidney dialysis. Interestingly, we see good examples of diabetic care — in fact it is the best I have seen in the country — in the Northwest Territories. They started their dialysis program in 1997 with seven patients. My most recent information is that they have three or four now, and this is at a time when, in the rest of the country, the dialysis rate has gone up by over 40 per cent.

Malgré le fait que le comité s'est efforcé de dire qu'on doit regarder ailleurs qu'aux États-Unis pour établir nos politiques, il ne faut pas oublier que nous en sommes arrivés à une croisée des chemins il y a 50 ans et que si le reste de la société canadienne s'est beaucoup américanisée depuis ce temps, notre système de santé lui est devenu plus canadien. Cela devrait être une source de fierté pour nous, et nous ne devrions pas oublier les répercussions que cette décision judicieuse prise il y a cinquante ans peut avoir eues.

Deuxièmement, en ce qui touche l'assurance-maladie, le vrai problème n'est pas qu'elle soit financée à même les fonds publics ou que les services soient offerts sans but lucratif, mais plutôt qu'elle ait été conçue pour une autre époque. Nous avons commencé à parler d'assurance-maladie au Canada il y a une centaine d'années. En 1919, Mackenzie King a forcé le gouvernement libéral en poste à inclure l'assurance-maladie dans son programme électoral. Il ne s'est passé que 47 ans avant que la mesure législative ne soit adoptée.

**Le président:** Les choses évoluent lentement au gouvernement, tout comme dans les universités.

**Le Dr Rachlis:** Pour ce qui est des promesses de 1997 sur les soins à domicile et l'assurance-médicaments, on peut donc penser que le dossier sera réglé d'ici 2043, bien que j'espère que les choses iront plus rapidement grâce aux interventions de votre comité.

Le vrai problème, c'est que le système d'assurance-maladie a été conçu pour une autre époque, alors que la tuberculose, la diphtérie, la polio et autres maladies étaient chose courante. Il y avait alors beaucoup plus d'accidents et de blessures par habitant qu'il n'y en a à l'heure actuelle. Même au cours des 10 dernières années, on a fait des progrès très importants qui ont malheureusement eu des conséquences négatives pour les gens qui sont en attente d'une transplantation parce que les traumatismes étant moins fréquents, il y a moins d'organes disponibles pour la transplantation.

Notre principal problème, c'est que nous ne réagissons pas bien à la transition que nous avons établie pour traiter particulièrement avec les maladies chroniques. Nos services de soins aigus sont parmi les meilleurs au monde. Il n'y a pas de meilleur endroit qu'au Canada où être victime d'une grave crise cardiaque ou d'un grave accident d'automobile. Dieu nous en préserve, mais dans le cas de toute situation grave exigeant des soins aigus, les soins offerts au Canada sont aussi bons que n'importe où ailleurs.

Toutefois, les soins que nous offrons aux malades chroniques sont au mieux médiocres. À l'heure actuelle, le programme de contrôle du diabète consiste principalement en une chirurgie de dérivation et une dialyse rénale. Il est intéressant de noter qu'il existe dans les Territoires du Nord-Ouest de bons exemples de soins dans le domaine du diabète et j'ajouterais d'ailleurs que ce sont les meilleurs que j'aie trouvés au pays. Les services de dialyse qui y sont offerts ont débuté avec sept patients en 1997. Selon les renseignements les plus récents dont je dispose, il semble qu'il n'en reste plus que trois ou quatre maintenant, et ce alors que dans le reste du pays, le taux de dialyses a grimpé de plus de 40 p. 100.



The real problem is that we take care of chronic illness so badly that thousands of people die prematurely every year because they need physicians and hospital care.

Another example is hypertension. At best, 30 per cent, probably closer to 20 per cent, of Canadians with high blood pressure have their blood pressure properly controlled. Thousands of Canadians are dying every year simply because of that.

Thirdly, the system is neither too costly nor grossly underfunded. Canada spends about the same proportion of GDP as other wealthy countries. We spend a little bit less than France and Germany, more than Denmark, Norway and Sweden, and much less than the United States, who is wasting a lot of money in their system on overhead costs.

The distribution of costs has changed with the federal government paying much less, the provinces more, and this has limited the federal government's ability to enforce the Canada Health Act.

My fourth point is my major point. We can and are fixing medicare's problems. There are literally thousands of examples of this. If I had a few days with your committee, I believe that I could give you, on paper, solutions to every single problem that you believe we have with access and quality in this country. The political implementation is tricky, but on paper I feel I could solve all these problems. The recommendations to solve these problems have been extant for 20 or 30 years.

I know that the Senate is and has been very concerned about palliative care. Far too many patients in this country with predictable deaths due to cancer are dying in acute care beds or in emergency departments.

In Edmonton, in the midst of a big budget cut, the regional authority developed a comprehensive palliative care program which led to better quality care and lower costs. If this program could be swiftly applied across the country, my back-of-the-envelope calculation is that it would free up roughly 1,800 hospital beds, as many as are found in the entire city of Winnipeg.

Waiting for care is a big problem in this country. Some wait list problems we probably cannot solve without more resources. For example, based on the epidemiology of hip disease in this country, we probably should be doing more hip surgeries. However, the demand for most other procedures is the same now as it was last year; and it will be the same next year as it is this year.

Built-in administrative delays reduce the rapidity of care that can be provided. When we remove these administrative delays, as was done in Sault Ste. Marie, we can reduce waiting times, particularly for cancer care, by 80 per cent plus. In Sault Ste. Marie, simply by going to more centralized booking for procedures, they were able to reduce the median time from

Le vrai problème c'est que nous nous occupons tellement mal des malades chroniques que des milliers de personnes meurent prématurément chaque année en raison du manque de médecins et de soins hospitaliers.

L'hypertension en est un autre exemple. Tout au plus 30 p. 100, et peut-être même plutôt 20 p. 100 des Canadiens dont la tension artérielle est élevée sont contrôlés efficacement. Des milliers de Canadiens meurent chaque année pour cette simple raison.

Troisièmement, le système n'est pas trop coûteux et il ne souffre pas d'un manque désespéré de fonds. Le Canada consacre à peu près le même pourcentage de son PIB que les autres pays riches dans ce domaine. Nous dépensons un peu moins que la France et l'Allemagne, un peu plus que le Danemark, la Suède et la Norvège et beaucoup moins que les États-Unis qui gaspillent beaucoup d'argent en frais généraux.

Les coûts ne sont plus répartis de la même façon et le gouvernement fédéral paie beaucoup moins alors que les provinces versent davantage, ce qui a restreint le pouvoir du gouvernement fédéral de faire appliquer la Loi canadienne sur la santé.

Mon quatrième point est le plus important. Nous sommes en mesure de régler les problèmes dans le domaine des soins de santé et nous le faisons. Il y a des milliers d'exemples qui le prouvent. Si je pouvais passer quelques jours avec le comité, je crois que je pourrais vous donner, sur papier, des solutions pour chacun des problèmes que nous pouvons avoir au niveau de l'accès aux soins et de la qualité du service au pays. La mise en œuvre politique est plus problématique, mais sur papier, je crois que je pourrais trouver une solution à chacun de ces problèmes. Des recommandations ont été faites à ce niveau depuis 20 ou 30 ans.

Je sais que le Sénat se préoccupe depuis longtemps des soins palliatifs. Beaucoup trop de Canadiens dont le décès est prévisible en raison d'un cancer meurent dans les unités de soins de courte durée ou dans les services d'urgence.

À Edmonton, malgré d'importantes compressions budgétaires, les autorités régionales ont mis sur pied un nouveau programme intégré de soins palliatifs qui a mené à l'offre de soins de meilleure qualité à meilleurs coûts. Si ce programme pouvait être appliqué sans délai d'un bout à l'autre du pays, je crois que nous pourrions libérer près de 1 800 lits dans les hôpitaux, soit l'équivalent de ce que nous trouvons dans toute la ville de Winnipeg.

L'attente de soins est un problème épineux au pays. Certains de ces problèmes ne pourront se régler sans une augmentation des ressources, par exemple, selon les données épidémiologiques sur la coxalgie, nous devrions probablement effectuer un plus grand nombre de chirurgies de la hanche. Toutefois, dans la plupart des domaines, la demande est semblable à ce qu'elle était l'an dernier et elle sera comparable l'an prochain.

Les délais administratifs implicites réduisent la rapidité avec laquelle nous pouvons offrir des soins. Lorsque nous faisons disparaître ces délais, comme cela s'est fait à Sault Ste-Marie, nous arrivons à réduire les périodes d'attente, particulièrement dans les cas de cancer, de plus de 80 p. 100. À Sault Ste-Marie, en centralisant le système d'enregistrement des traitements, le délai

mammography to definitive treatment for breast cancer from 107 days to 18 days. It took them only three months to do that. We could do that everywhere across the country. I can go into details as to how this could be done. Almost all the waiting times in this country for cancer care could be slashed by 70 per cent plus, without new resources.

Fifthly, private finance and for-profit delivery would aggravate our problems. Private finance raises overall costs, particularly administrative costs, and tends to injure vulnerable patients. For-profit delivery tends to increase costs, particularly administrative costs, and tends to decrease quality. There are some private for-profit operators in this country who are doing a very good job. On the other hand, I do agree with Dr. Lexchin that the weight of evidence shows that this approach is nothing close to a panacea. Almost all the studies show increased costs; decreased quality.

Given that we could fix medicare's problems within our historic policy framework of public finance and not-for-profit delivery; given that private finance and for-profit delivery would likely make things worse, and given that even most of those who suggest private options claim to share the values of medicare, should we not first implement the proven interventions which would improve quality and access while holding the line on costs? Should that not be the first thing we should do?

I can give you hundreds of examples of what we can do to improve quality within that traditional policy framework and that would not result in increased costs. Should we not first do those things and then see if we really need to go private? I do not think we will have to go private.

I would close my testimony by urging the committee to consider solutions within our traditional value framework of public finance and not-for-profit delivery; and recommend those solutions to the Canadian public instead of those that involve private finance and for-profit delivery.

**The Chairman:** We will next hear from Dr. Arif Bhimji from Work Health Solutions. With him is Mr. Gery Barry who is the CEO of Liberty Health. Will one or both of you make the presentation?

**Dr. Arif Bhimji, President, At Work Health Solutions Inc.:** Thank you very much for inviting us to be with you today and to share our perspectives on what has happened to health care in Canada.

First of all, let us introduce ourselves. I am the founder and President of At Work Health Solutions Inc. an independent provider of occupational medical, health and safety and health promotion services based in the Greater Toronto Area. Previously,

moyen entre une mammographie et le traitement final pour un cancer du sein est passé de 107 à 18 jours. Cela s'est fait en seulement trois mois. Nous pourrions en faire autant partout au pays. Je pourrais vous donner des précisions sur la façon dont cela peut se faire. Presque tous les délais dans les cas de traitements relatifs au cas de cancer pourraient être réduits de plus de 70 p. 100 au pays, sans devoir y consacrer davantage de ressources.

Cinquièmement, le financement privé et les services à but lucratif ne feraient qu'envenimer les problèmes. Le financement privé ne fait qu'accroître les coûts globaux, particulièrement au chapitre de l'administration, et a tendance à nuire tout particulièrement aux patients les plus vulnérables. Les services à but lucratif accroissent les coûts, particulièrement au chapitre de l'administration et ont tendance à diminuer la qualité. Il y a certains organismes privés à but lucratif qui font du très bon travail au pays. Par contre, je suis d'accord avec le Dr Lexchin pour dire que le poids de la preuve démontre que c'est loin d'être une panacée. Presque toutes les études effectuées démontrent que les coûts ont augmenté et que la qualité en a souffert.

Puisque nous pouvons régler les problèmes de l'assurance-maladie sans nous éloigner de notre cadre d'action historique basé sur le financement public et les services à buts non lucratifs, que le financement privé et les services à but lucratifs ne feraient tout probablement qu'empirer les choses et que la plupart de ceux qui proposent le recours aux services privés prétendent croire aux valeurs de l'assurance-maladie, ne devrions-nous pas d'abord adopter les interventions qui ont fait leurs preuves et qui permettraient d'accroître la qualité et le niveau d'accès sans pour autant entraîner des coûts prohibitifs? Cela ne devrait-il pas être la première chose à faire?

Je pourrais vous donner des centaines d'exemples de ce que nous pouvons faire pour améliorer la qualité au sein du cadre d'action traditionnel sans accroître les coûts. Ne devrions-nous pas faire ces choses d'abord et voir ensuite s'il est vraiment nécessaire de recourir au secteur privé?

En terminant, j'aimerais exhorter les membres du comité à se pencher tout d'abord sur des solutions qui tiennent compte de nos valeurs traditionnelles portant sur le financement public et les services à but non lucratif et à recommander ces solutions aux Canadiens plutôt que de songer au financement privé et aux services à but lucratif.

**Le président:** Nous entendrons maintenant le Dr Arif Bhimji de la société At Work Health Solutions. Il est accompagné aujourd'hui de M. Gery Barry, qui est PDG de Liberté Santé. L'un d'entre vous prendra-t-il la parole ou comptez-vous faire une présentation conjointe?

**Le Dr Arif Bhimji, président, At Work Health Solutions Inc.:** Je vous remercie beaucoup de nous avoir invités à vous rencontrer aujourd'hui pour vous faire part des développements dans le domaine des soins de santé au Canada.

Tout d'abord, nous aimerions nous présenter. Je suis le fondateur et le président de la société At Work Health Solutions, qui est un service indépendant basé dans la région métropolitaine de Toronto. Nous offrons des services de médecine du travail, de



I was responsible for managing health care initiatives for Magna International's global operations as a vice-president of health services, a position I held for the past nine years. For the past six years, I have also held the position of medical director at Liberty Health, one of Canada's leading health insurance companies. I am a graduate of the University of Saskatchewan with a Doctor of Medicine. I have also completed a Masters in Business Administration and hold an academic posting within the Department of Health Administration at the University of Toronto. In my spare time, I continue to work as an emergency room physician at the South Lake Regional Health Centre in Newmarket.

With me today is Mr. Gery Barry. Mr. Barry has a B.S. in Mathematics, magna cum laude, from the University of Notre Dame and a Master of Science degree in Applied Mathematics from Rutgers University. He is a Fellow of the Society of Actuaries, the life and health actuarial profession's chief credentialing organization for both the U.S. and Canada. In his prominent actuarial career, Mr. Barry has specialized in group pension and group health insurance plans, including 21 years in the U.S. at Aetna's head office and the last five years as president and chief executive officer of Liberty Health, a Canadian-based health insurance and group benefits company here in the Greater Toronto Area.

Liberty Health was initially Ontario Blue Cross, a voluntary, government-subsidized health insurance program established by the Government of Ontario. To date, Liberty Health is the largest supplier of individually purchased supplemental health insurance in Canada. We are also one of the handful of companies competing for major group insurance accounts on a national level.

On the basis of our joint professional expertise in insurance and occupational health, and our practical work experience and personal involvement in a wide variety of Canadian health care forums, we have drawn the following key conclusions that we should like to share with you today.

The most helpful way to think clearly about the health care issues we face is to go back to basics. The key is to examine what we call medicare today precisely for what it is and has always been — a health insurance program. The Canada Health Act did not establish a population health management program, although it has implications for population health.

Though it has implications for the structure of health care delivery, neither did the Canada Health Act establish a program for the delivery of health care. What the Canada Health Act did

santé et sécurité et de promotion de la santé. J'ai également été responsable de la gestion des programmes de soins de santé pour les opérations globales de la société Magna International à titre de vice-président des services de santé, un poste que j'ai occupé au cours des neuf dernières années. Au cours des six dernières années, j'ai également occupé le poste de directeur médical de la société Liberté Santé, qui est l'une des plus grandes compagnies d'assurance maladie au pays. J'ai obtenu un doctorat en médecine de l'université de la Saskatchewan. J'ai également obtenu une maîtrise en administration des affaires et occupé un poste de professeur au département de l'administration de la santé de l'université de Toronto. Dans mes temps libres, je continue de travailler au service d'urgence du South Lake Regional Health Centre à Newmarket.

Je suis aujourd'hui accompagné de M. Gery Barry. M. Barry a obtenu un baccalauréat en sciences mathématiques avec grande distinction de l'université Notre-Dame et une maîtrise en sciences dans le domaine des mathématiques appliquées de l'université Rutgers. Il est membre de la Société des actuaires qui est le principal organisme autorisé à délivrer des titres et certificats en matière actuarielle dans le domaine de la santé et de la vie, tant au Canada qu'aux États-Unis. Tout au cours de sa remarquable carrière d'actuaire, M. Barry s'est spécialisé dans les régimes de retraite collectifs et d'assurance-maladie de groupe. Il a passé 21 ans aux États-Unis, à l'administration centrale de Aetna et il a occupé au cours des cinq dernières années le poste de président et directeur général de la société Liberté Santé, une compagnie canadienne offrant des régimes d'assurance-maladie et d'avantages sociaux collectifs installée ici dans la région du Grand Toronto.

Liberté Santé a remplacé Ontario Blue Cross, un programme d'assurance-maladie facultatif subventionné et mis sur pied par le gouvernement de l'Ontario. Liberté Santé est le plus important fournisseur d'assurance-maladie supplémentaire individuelle au Canada. Nous sommes également l'une des quelques compagnies se disputant la faveur des consommateurs pour les plus importants comptes d'assurance groupe au niveau national.

Nous appuyant sur nos connaissances professionnelles combinées dans le domaine des assurances et de la médecine du travail et sur notre expérience pratique et notre engagement personnel dans une grande variété de tribunes connexes, nous avons tiré les conclusions suivantes que nous aimerions partager avec vous aujourd'hui.

Le meilleur moyen d'étudier logiquement les questions relatives aux soins de santé est de retourner à la base. La clef est d'examiner ce que nous appelons aujourd'hui notre régime d'assurance-maladie pour ce qu'il est et a toujours été, c'est-à-dire un programme d'assurance contre la maladie. La Loi canadienne sur la santé n'a pas mis sur pied de programme de gestion de la santé publique, même si cette loi a des répercussions sur la santé de la population.

De même, si elle a des répercussions sur la structure des services de soins de santé, la Loi canadienne sur la santé n'établit pas non plus un programme pour l'offre de soins de santé. La Loi

was to establish an exclusive, government-controlled and operated, universal health insurance program that we affectionately call medicare.

The root cause of the problems we see today is that, as an insurance program, medicare is failing. It is failing simply because it is no longer paying for the full level of benefits which are owed to the group of people it ensures, the Canadian people. The value of the insurance coverage provided by medicare has been diluted to the point of inadequacy. Most people know it and, unfortunately, many directly feel it.

Just how much are we shortchanging the medicare program? What is the actual level of health care being paid for versus what is necessary? We cannot know exactly, but a number of reasonable methods for projecting this, including one that is consistent with what we do to price future health premiums in the private sector, all point to a 20 per cent to a 25 per cent shortfall, or approximately \$20 billion worth.

What is the fallout from this? If we are only funding 75 to 80 per cent of the necessary doctor services, hospital services, nurses, labs, and so on, what is happening? The answer is that we are restricting access. Restricted access is the price for inadequate funding, and it is a painful one, particularly in clinical terms.

There are a few telling examples of this. Only 60 per cent of cardiac patients requiring an angiogram get one within the maximum waiting time, and 6 per cent of those who are waiting either have a heart attack or die while they are waiting. An Ontario cancer treatment study has shown that waiting times for cancer treatment in Canada are substantially longer than the time radiation oncologists consider the medically acceptable maximum. On January 2 of last year, 23 of 25 Toronto emergency rooms were closed to all patients, regardless of the severity of their illness. My last example for today is: The waiting lists for joint replacement surgery have grown to such an extent that health system administrators now contemplate a comprehensive registry and program just to manage it.

Restricting access results in rationing of services, employing ad hoc, inconsistent criteria at the local level for deciding who gets care and who does not. This compromises medicare's fairness, equality and equity provisions.

How do we fix this problem? The simple answer is that we need to adequately fund the benefit levels that medicare has always promised. This might not be as impossible as it seems. If Canada were able to sustain our recent year-over-year improvements in productivity levels, government revenues would be able to keep up with the necessary real increases in per capita health care spending and even start making up some of the ground that we have lost over the last decade or so. This would begin to put medicare back on a sound actuarial footing. If we cannot do

n'a fait qu'établir un programme d'assurance-maladie universel exclusif qui est contrôlé et dirigé par le gouvernement.

Le problème auquel nous faisons face aujourd'hui vient du fait que ce programme d'assurance ne donne plus les résultats attendus, c'est-à-dire qu'il ne permet plus de rembourser tous les avantages qui sont dus au groupe de gens qu'il assure, soit tous les Canadiens. La valeur de la couverture fournie par l'assurance-maladie s'est diluée au point où elle est devenue tout à fait inadéquate. La plupart des gens le savent et, malheureusement, bon nombre de personnes en subissent les conséquences.

De combien d'agent privons-nous le programme d'assurance-maladie? Quel niveau de soins de santé finançons-nous par rapport à ce qui serait nécessaire? Il est presque impossible de le calculer précisément, mais il y a un certain nombre de méthodes raisonnables qui nous donnent de bonnes approximations, dont une qui rejoint la méthode servant à calculer les prestations d'assurance-maladie dans le secteur privé et qui démontre un écart de 20 à 25 p. 100, ce qui correspond à environ 20 milliards de dollars.

Quelles sont les conséquences de tout cela? Qu'est-ce que cela signifie si nous ne finançons que 75 à 80 p. 100 des services médicaux, hospitaliers et infirmiers et des services du laboratoire et autres? Cela signifie que nous restreignons l'accès. Un accès restreint est le prix à payer pour un financement inadéquat et cela est lourd de conséquences, particulièrement en termes cliniques.

Je peux vous faire part de certains exemples révélateurs. Seulement 60 p. 100 des patients cardiaques à qui on prescrit un angiogramme en subissent un dans les délais maximums, et six pour cent de ceux qui attendent de le subir font un infarctus ou meurent avant de pouvoir le subir. Une étude sur le traitement du cancer menée en Ontario a démontré que le temps d'attente pour le traitement du cancer au Canada est sensiblement plus élevé que ce que les onco-radiologistes considèrent acceptable du point de vue médical. Le 2 janvier de l'année dernière, 23 des 25 salles d'urgence de Toronto ont été fermées à tous les patients, quel que soit leur état de santé. Mon dernier exemple pour aujourd'hui est le suivant: Les listes d'attente pour une opération de remplacement d'une articulation sont devenues tellement longues que les administrateurs du système de santé songent à mettre au point un programme de gestion complet de ces listes.

La restriction de l'accès entraîne le rationnement des services et le recours à des critères ponctuels et incohérents au niveau local pour décider qui aura droit aux soins et qui n'y aura pas droit. Cela va à l'encontre des principes de justice, d'égalité et d'équité du régime d'assurance-maladie.

Comment peut-on régler ce problème? Il y a une solution simple. Nous devons financer adéquatement le niveau des prestations que le régime d'assurance-maladie promet depuis le début. Cela n'est peut-être pas aussi impossible que cela en a l'air. Si le Canada arrivait à maintenir le rendement optimisé des dernières années au chapitre des niveaux de productivité, les revenus du gouvernement seraient suffisants pour compenser les augmentations réelles nécessaires au chapitre des dépenses en soins de santé par habitant et nous pourrions même reprendre un



this, or if we choose not to do this, then we need to redefine medicare's commitment in a way that re-establishes equilibrium between its health care benefit commitments to its citizens and the revenues that it generates.

There are various ways of doing this while preserving universality for medically necessary acute care. Anything short of increased funding or a redefinition as to what the Canada Health Act covers, while it may be helpful, is likely to be of marginal value. This includes things that have already been presented and discussed in the volume 4. I am referring to primary care reform, modest user fees and the like.

From a fairness perspective, we must ensure that Canadians have options for alternate care if we are to continue limiting their access to services and keep on rationing medically necessary care through a publicly funded system.

Are there other sources of funds that can be brought into the picture quickly? Perhaps there are. Employers, in particular, already have a vested interest in health care by virtue of their dependence on employee productivity. While employers are already covering a large portion of the cost for supplemental insurance, there are economic advantages to them in paying for some additional health care services in order to reduce absenteeism and disability costs, and to improve at-work performance.

In many cases, our studies, reviews and reports on the state of the Canadian health care system forget to address the cost to society of lost time from work, morbidity, lost productivity and the loss of quality of life for the 14 million Canadian workers who are unable to access health services and return to work in a timely manner after illness or injury.

These are the true hidden costs of the health system and they by far outweigh the costs of our medical care system, according to research carried out by the federal government. Employer-funded health programs include short-term disability, long-term disability and workers' compensation. These programs cover the majority of Canadian workers and are all provided outside the auspices of the Canada Health Act.

Unfortunately, the closed nature of our current health delivery system means that all individuals must seek care through the publicly funded system which we acknowledge already has capacity restraints. This limitation adds to the productivity shortfall that I spoke of earlier. As the provision of workers' compensation and third party services are not covered by the Canada Health Act, a strong private sector health delivery capacity could be added to take this load off the existing public facilities. Private sector organizations could be encouraged to

peu du terrain que nous avons perdu au cours de la dernière décennie. Nous pourrions ainsi commencer à remettre l'assurance-maladie sur une solide base actuarielle. Si nous ne pouvons pas le faire ou que nous choisissons de ne pas le faire, nous devons alors redéfinir nos engagements en matière d'assurance-maladie, de façon à rétablir l'équilibre entre les engagements pris auprès des Canadiens pour ce qui est des prestations pour soins de santé et des revenus générés.

Il y a plusieurs façons de le faire sans toucher au principe de l'universalité des soins aigus médicalement nécessaires. Toute solution qui ne prévoirait pas une augmentation du financement ou une nouvelle définition de ce que couvre la Loi canadienne sur la santé pourrait certes être utile, mais elle n'aurait pas beaucoup de valeur. Cela comprend les solutions qui ont déjà été soumises et définies dans le volume 4. Je parle de la réforme des soins primaires, de l'imposition de modestes frais d'utilisation et autres solutions de ce genre.

En toute justice, nous devons voir à ce que les Canadiens puissent avoir accès à des soins alternatifs si nous continuons de restreindre l'accès aux services et de rationner les soins nécessaires offerts par le système public.

Y a-t-il d'autres sources de financement auxquelles on peut faire appel rapidement? Peut-être y en a-t-il. Les employeurs en particulier ont déjà un intérêt direct pour les soins de santé en raison de leur dépendance face à la productivité de leurs employés. Alors que les employeurs remboursent déjà une grande partie des coûts d'une assurance supplémentaire, il est économiquement avantageux pour eux de rembourser certains soins de santé supplémentaires dans le but de réduire l'absentéisme et les coûts reliés à l'invalidité et d'accroître le rendement au travail.

Dans bon nombre de cas, nos études, rapports et évaluations sur l'état du système canadien de soins de santé ne tiennent pas compte des coûts engendrés pour la société par le temps de travail perdu, la maladie, la perte de productivité et la perte de la qualité de vie pour les 14 millions de travailleurs Canadiens qui n'ont pas accès aux services de santé et qui ne peuvent retourner au travail en temps opportun après une maladie ou une blessure.

Ce sont là des coûts cachés du système de soins de santé et ils dépassent de loin les coûts de notre système de soins médicaux, selon des recherches qui ont été menées par le gouvernement fédéral. Les programmes de santé financés par l'employeur comprennent les programmes d'invalidité de courte et de longue durée, ainsi que l'indemnisation pour accident de travail. Ces programmes touchent la majorité des travailleurs canadiens et ils sont tous offerts à l'extérieur du cadre de la Loi canadienne sur la santé.

Malheureusement, en raison de la nature très fermée de notre système actuel de soins de santé, tous les Canadiens doivent chercher à obtenir des soins par l'intermédiaire du système public dont nous avons déjà reconnu les limites. Ces limites ont aussi une incidence sur les écarts de productivité dont j'ai parlé précédemment. Comme les dispositions portant sur l'indemnisation pour accident de travail et les services grand public ne relèvent pas de la Loi canadienne sur la santé, on pourrait y ajouter un programme de distribution de soins fort qui

capitalize existing or new facilities to service the needs of workers specifically. This, in turn, will allow public institutions to service a greater number of Canadians' everyday needs as promised under the Canada Health Act.

By embracing and strengthening the private sector, the public sector will have a complementary available resource to use as it chooses to optimize its own requirements for access and efficiency. The implicit promises of the Canada Health Act can more readily be realized if publicly funded coverage is clearly defined and the private sector is encouraged to service those individuals not covered by the provisions of the Canada Health Act.

I thank you very much for listening. We look forward to your questions.

**The Chairman:** Dr. Lexchin, would you send us the data on the health care coverage? I say that because when we saw the 100 per cent number in reference to Ontario, we were as surprised as you. Frankly, I cannot at this point remember where the committee researchers or I got it from, but if you have more accurate data on that, it would help us a lot. If you would send that to us, it would be most helpful.

Dr. Rachlis, where in fact waiting line reductions could be made, if they are as simple to do as you say they are, and I have no reason to believe you are not right, why have they not been done? I am always concerned when there seem to be simplistic solutions to complex problems and those solutions have not been implemented. That is my first question.

The other question relates to what you say at the end of your paper. You ask: "Should we not start Medicare's renewal by quickly spreading the best practices across the country?" Again, we would agree with that, which is why we talked about primary care reform. The question that the committee grappled with, as you can tell, is: What happens if that is not enough?

There are two schools of thought. One school of thought says worry about that problem when you get there. Our concern as a committee, and I think we tried to express it reasonably clearly, was that we ought to start thinking now about what we do if it is not enough, rather than waiting until we get to the crisis and discover it is not enough.

Even using our data, let alone Dr. Lexchin's data, it is very clear that there is a growing gap in the safety net with respect to drug costs. One clearly needs consider how you expand the system to at least provide catastrophic drug coverage, if not drug coverage below the catastrophic level. That led us to the

serait assuré par le secteur privé pour soulager les installations publiques actuelles. On pourrait encourager les organismes du secteur privé à tirer profit des installations existantes ou de nouvelles installations pour desservir les besoins courants d'un grand nombre de Canadiens dans le but de respecter les promesses avancées en vertu de la Loi canadienne sur la santé.

En accueillant le secteur privé et en le renforçant, le secteur public pourra disposer d'une ressource complémentaire à laquelle il pourra faire appel au besoin pour optimiser ses propres besoins au niveau de l'accès et de l'efficacité. Les promesses implicites de la Loi canadienne sur la santé seront plus faciles à réaliser si les soins remboursés à même les fonds publics sont clairement définis et qu'on encourage le secteur privé à s'occuper des gens qui ne sont pas couverts par les dispositions de la Loi canadienne de la santé.

Je vous remercie beaucoup de m'avoir écouté. Nous tenterons de répondre de notre mieux à vos questions.

**Le président:** Dr Lexchin, pourriez-vous nous faire parvenir les données sur la couverture des soins de santé? Je vous demande cela parce que lorsque nous avons entendu les chiffres de 100 p. 100 mentionnés pour l'Ontario, nous avons été aussi étonnés que vous l'avez été vous-même. Franchement, je ne peux me souvenir à ce moment-ci d'où les chercheurs du comité ou moi-même avons tiré ces chiffres, mais si vous avez des données plus précises à ce sujet, cela nous aiderait beaucoup. Si vous vouliez bien nous les faire parvenir, cela nous aiderait beaucoup.

Dr Rachlis, pourriez-vous nous dire comment nous pourrions réduire les files d'attente et nous dire pourquoi, si cela est aussi simple que vous le prétendez, et je n'ai pas de raison de croire que vous avez tort, on ne l'a pas fait encore? Je suis toujours un peu inquiet lorsqu'il semble exister des solutions simplistes à des problèmes complexes et que ces solutions n'ont pas été mises en œuvre. C'est là ma première question.

Ma deuxième question porte sur un commentaire que l'on trouve à la fin de votre mémoire, dans lequel vous vous demandez si nous ne devrions pas entreprendre la réforme du programme d'assurance-maladie en étendant rapidement les meilleures pratiques partout au pays. Encore une fois, nous sommes d'accord avec cela, puisque c'est ce qui justifie l'idée de la réforme des soins primaires. La question à laquelle le comité s'est accroché, comme vous pouvez le constater, est celle de savoir ce qui arrivera si ce n'est pas suffisant.

Il y a deux écoles de pensée. L'une prétend qu'il ne faut pas s'en faire avant d'être rendus à cette étape. La préoccupation de notre comité, et je crois que nous l'avons exprimée de façon assez claire, était que nous devions commencer dès maintenant à penser à ce que nous devrions faire si ce n'était pas suffisant, plutôt que d'attendre que la crise éclate pour constater que ce n'est pas suffisant.

Même en utilisant nos données, sans tenir compte de celles du Dr Lexchin, il est très clair qu'il y a un écart de plus en plus important dans notre filet de protection touchant les coûts des médicaments. Il est important de tenter de déterminer comment on peut élargir le système pour pouvoir fournir à tout le moins un



conclusion that we ought to think about how to handle the problem if the changes are not enough.

That is the real issue that we grappled with as a committee. If you can enlighten us on both those points, that would be helpful.

**Dr. Rachlis:** As to your first question about why we have not implemented better wait list management specifically, and other best practice as well, I think there are several reasons for that. The main problem with any of the best practices that I am recommending, some of which have been implemented, relates to providers. Understandably, like many of us, they do not necessarily want to work differently, even if their future work life would be made better. No one wants to change the way they work.

That dovetails with another problem which is that there is not the political support for those changes because the public does not understand these issues. I am embarrassed to say that, up until about a year ago, I did not know specifically about these administrative delays that are inherent in wait lists.

As was recently described in an article in the *Canadian Medical Association Journal* over the summer and in a previous article in the *Canadian Journal of Public Health* a year ago, in Ontario, where the situation seems to be the worst in this regard, typically, a woman will have a screening mammogram done in a private radiologist's office. The radiologist will read that mammogram with others. If the test is positive, the radiologist will dictate the findings, which have to be transcribed, and send those to the family doctor's office. There are many dozens of steps along the way.

The family doctor will bring the woman in. Understandably, she will be upset and want a biopsy to be done as soon as possible. It is not until after the biopsy, which can be weeks later or longer, when the family doctor gets the biopsy back, that he or she can then make a referral to the surgeon for definitive surgery. Then the patient has to start in the next line. You have these built-in delays.

However, we could plan on the basis of need. We know that if we do 1,000 mammograms this week 50 or 80 will be positive. Those women will want their biopsies as soon as possible. We could keep 50 slots open next week and fill those slots after the women have had their mammograms.

In a similar fashion, perhaps five or eight of those women will have breast cancer and want their surgery as quickly as possible. We could save five to eight slots the second week so that they would be available. That is how it was done in Sault Ste. Marie.

Why is this not happening everywhere? I presented this information to some senior managers in the health system in the spring, and I have presented it to others. What I have heard back

accès aux médicaments en temps de crise, si ce n'est avant. Cela nous a porté à croire que nous devons réfléchir à la façon dont nous pourrions régler le problème si les changements proposés ne suffisent pas.

C'est là la question qui préoccupe les membres du comité. Si vous pouviez nous éclairer sur ces deux points, cela nous serait certes très utile.

**Le Dr Rachlis:** Pour ce qui est de savoir pourquoi nous n'avons pas adopté de meilleures méthodes de gestion des attentes, et d'autres meilleures pratiques, je crois qu'il y a plusieurs raisons qui peuvent l'expliquer. Pour toutes ces meilleures pratiques que je recommande, dont certaines ont déjà été mises en application, le principal problème se situe au niveau des fournisseurs de soins. Comme bon nombre d'entre nous, ces derniers ne tiennent pas à modifier leurs façons de travailler, même si cela pourrait entraîner des améliorations pour eux à plus long terme. Personne ne veut modifier sa façon de travailler.

Cela s'ajoute à un autre problème qui est le suivant. Il n'y a pas d'appui au niveau politique pour ces modifications parce que le public ne comprend pas grand chose à toutes ces questions. Je suis un peu gêné d'avouer qu'à venir jusqu'à il y a environ un an, je ne connaissais moi-même pas grand-chose aux délais administratifs qui sont inhérents aux listes d'attente.

Comme on l'a décrit récemment dans un article publié dans le *Journal de l'Association médicale canadienne* l'été dernier et dans un article précédent de la *Revue canadienne de santé publique*, publié il y a environ un an, en Ontario où la situation semble être la pire à cet égard, les femmes subissent en général une mammographie dans une clinique de radiologie privée. Le radiologiste étudie toutes les mammographies. Si le résultat est positif, il dicte ses conclusions qui devront par la suite être transcrites et transmises au bureau du médecin de famille de la patiente. Tout le processus comprend de nombreuses étapes.

Le médecin de famille rencontre alors la patiente. Cette dernière se montre bien sûr très inquiète et désire subir une biopsie le plus rapidement possible. Ce n'est qu'après avoir reçu les résultats de la biopsie, ce qui peut prendre des semaines et même plus que le médecin de famille peut alors renvoyer la patiente chez un chirurgien. La patiente passe alors à une nouvelle série d'étapes. Toutes ces étapes comportent des délais.

Toutefois, nous pourrions faire des plans qui correspondraient aux besoins. Nous savons que si nous faisons 1000 mammographies cette semaine, 50 ou 80 d'entre elles donneront un résultat positif. Ces femmes voudront qu'on fasse une biopsie le plus rapidement possible. Nous pourrions donc garder 50 rendez-vous ouverts pour la semaine prochaine et les combler dès que ces femmes auront obtenu le résultat de leur mammographie.

De la même façon, cinq ou huit de ces femmes obtiendront un verdict de cancer du sein et voudront subir une chirurgie le plus rapidement possible. Nous pourrions réserver de cinq à huit places pour la deuxième semaine, pour que ce soit possible de le faire. C'est ainsi qu'on a procédé à Sault Ste-Marie.

Pourquoi ne procède-t-on pas ainsi partout? J'ai présenté cette proposition à certains des hauts responsables de la gestion du système de santé au printemps dernier et à d'autres par la suite. La

quietly is. "We know we could do some of this stuff, but the present booking of surgical slots depends on the community." In fact, it is almost always done through the Department of Surgery, but in some communities it is very democratic and everybody knows what is going on, including the administration. In other communities, even senior administrators in the hospital do not know how the surgical time is allocated.

To implement this kind of wait list management you must somehow be able to centralize bookings, not for all procedures but some of them. You need not disrupt normal referral patterns, because, in conjunction with the physicians in a community who do breast cancer surgery, you just ensure that you save the number of slots you need that week for women who have had their diagnostic procedures the week before. You do not have to disrupt normal referral patterns.

Administrators may be reluctant to do this because there may already be an ongoing conflict between the administration and the physicians and they do not want to add to it. If there is no public demand, then they will not get into it.

That is my understanding of why we have not implemented this.

Where it has been done, it has worked like magic. I heard last week that Winnipeg has recently started this in their breast cancer surgery, and it works just as I have described in Sault Ste. Marie.

**The Chairman:** The answer is that it works, but there is the resistance of — let me call it "the system" — the current players in the system, and that is huge.

**Dr. Rachlis:** There is resistance, as has been documented many times, and that is why I was hoping that your committee would be a leader in the country in highlighting these issues and then getting the political support we need to make these changes.

**The Chairman:** "Force the changes," is what you are saying?

**Dr. Rachlis:** There are numerous ways of doing this politically, and again, I know your time is short this morning. If I had a day, I could give you all the examples in the world of how to make this happen politically. Clinical practices need to be changed. You need public policies to support the change in clinical practices, and then you need to have the political process to make sure it happens.

As to your second question about what happens if this is not enough, I am a community medicine physician, and I would try to prevent ethical and policy dilemmas rather than treat them.

seule chose qu'on ait dite par la suite, sans trop d'enthousiasme, c'est que nous pourrions certes adopter certaines de ces mesures, mais que notre façon actuelle de prévoir les chirurgies dépend de la communauté. En fait, cela passe presque toujours par le département de la chirurgie, mais dans certaines collectivités, le processus est très démocratique et tous savent bien ce qui se passe, y compris l'administration. Dans d'autres endroits, même les premiers gestionnaires de l'hôpital ne savent pas comment les horaires de chirurgie sont établis.

Pour mettre ce genre de système de gestion des listes d'attente en œuvre, il faut être en mesure de centraliser les enregistrements, peut-être pas pour toutes les interventions, mais pour certaines d'entre elles. Il ne faut pas entraver les méthodes de renvoi traditionnelles parce que, en collaboration avec les médecins d'une collectivité qui font des interventions pour un cancer du sein, il s'agit uniquement de réserver le nombre de places dont on aura besoin cette semaine pour des femmes qui ont subi une biopsie la semaine précédente. Il ne s'agit pas d'entraver les procédures de renvoi normales.

Les administrateurs peuvent hésiter à agir ainsi parce qu'ils font déjà face à un conflit entre les administrateurs et les médecins et qu'ils ne veulent pas empirer la situation. Si le public ne le demande pas, alors ils ne se pencheront pas sur la situation.

À mon avis, c'est la raison pour laquelle nous n'avons pas mis ces propositions en application.

Là où on l'a fait, les résultats ont été très positifs. J'ai entendu dire la semaine dernière qu'on avait adopté cette méthode pour les chirurgies relatives au cancer du sein à Winnipeg, et que les résultats étaient en tous points comparables à ceux obtenus à Sault Ste-Marie.

**Le président:** On peut donc dire que cela fonctionne, mais qu'il y a une très forte résistance de la part de ce que l'on pourrait appeler le système, c'est à dire les intervenants actuels au sein du système.

**Le Dr Rachlis:** Il y a une certaine résistance qui a été constatée à de nombreuses reprises et c'est pourquoi j'espérais que votre comité adopte un rôle de chef de file au pays pour faire avancer ces dossiers et ensuite adopter l'appui politique dont nous avons besoin pour mettre ces changements en pratique.

**Le président:** Pour rendre ces changements obligatoires, vous voulez dire?

**Le Dr Rachlis:** Il y aurait de nombreux moyens d'arriver à ces fins sur le plan politique. Encore une fois, je sais que vous n'avez pas beaucoup de temps ce matin. Si j'avais toute une journée, je pourrais vous donner beaucoup d'exemples de moyens d'y arriver. Il faut changer les pratiques cliniques. On a besoin de politiques gouvernementales qui soutiennent ce changement, puis d'un processus qui permettra la réalisation de ces politiques.

Pour votre deuxième question, à savoir ce qui arrivera si cela ne suffit pas, en tant que médecin pratiquant dans le contexte de la médecine communautaire, j'essaierais de prévenir les conflits éthiques et politiques plutôt que d'avoir à composer avec.



On the subject of drugs, I can tell you that I am taking the number one or number two recommended drug for hypertension in this country and in the United States by professional societies. It is hydrochlorothiazide. Almost no one takes it because it is 45 years old. It is off patent. When it is tested head to head with newer drugs, it has fewer side effects, there are fewer drop-outs, and it has more effectiveness. It is prescribed to less than 5 per cent of Canadians with hypertension because the drug companies spent twice as much on marketing as they did on the research and development of it.

**The Chairman:** "Pushing it" is not the right adjective here.

**Dr. Rachlis:** I will let you use that word.

Some people with diabetes and congestive heart failure should not take hydrochlorothiazide, but probably at least half of the Canadians with hypertension could be started on this drug and most of them would stay on it. It costs me about \$1.00 a year for 12.5 milligrams a day. It costs me less for two years of my medication than what the average Canadian spends for one day of their hypertensive medication.

There are many examples like that. If we simply improved the quality of prescribing, there would be many examples of where you could dramatically improve quality of care and reduce costs at the same time. I think we should spend at least a year or two implementing those kinds of programs. Then we could assess whether we really need more money. If we do need more money, then we can decide whether it should come privately or publicly.

I would favour publicly. If you start to implement the programs that provide better quality and reduce costs, you will get so much more efficiency that you will not have to worry about money. You can just focus on quality. That is what I would like to see.

For me, back to basics means not looking at how we finance the system; it means providing improved quality of care, and as Fyke said, that is almost always less expensive.

**Senator Keon:** Michael, are you convinced that hydrochlorothiazide is as effective in preventing progressive atherosclerosis as ACE inhibitors?

**Dr. Rachlis:** We do not have the long-term data on that, and that is why ACE inhibitors would be recommended for patients with congestive heart failure and diabetes.

In the short term, we can see it is at least as effective, if not more effective, than ACE inhibitors in controlling blood pressure. Quite frankly, I am very comforted when I take my pill in the morning that it is a drug that has been out for 45 years because, as you may know, within a few years of new drugs coming out, we

Su la question des médicaments, je peux vous dire que je prends personnellement le médicament pour l'hypertension le plus recommandé par les ordres professionnels, ou peut-être le deuxième à ce titre, tant au Canada qu'aux États-Unis. C'est de l'hydrochlorothiazide. Presque personne ne le prend parce qu'il existe depuis 45 ans. Son brevet est échu. Par comparaison avec les médicaments plus récents, il a moins d'effets secondaires, moins de gens cessent de le prendre et il est plus efficace. Il est prescrit à moins de 5 p. 100 des Canadiens souffrant d'hypertension parce que les sociétés pharmaceutiques ont dépensé deux fois plus en marketing qu'ils n'ont dépensé pour le mettre au point.

**Le président:** On ne peut pas exactement dire qu'elles ont fait de la vente sous pression.

**Le Dr Rachlis:** Je vous laisse l'utilisation de ce terme.

Les patients diabétiques ou atteints d'insuffisance cardiaque ne devraient pas prendre d'hydrochlorothiazide, mais probablement qu'au moins la moitié des Canadiens atteints d'hypertension pourraient commencer par prendre ce médicament, et la plupart d'entre eux continueraient toujours à le prendre. Il me coûte environ 1 \$ par année pour 12.5 milligrammes par jour. C'est moins cher de prendre mon médicament pendant deux ans que ce que la moyenne des Canadiens dépensent en une journée pour leurs médicaments contre l'hypertension.

On peut trouver beaucoup d'exemples de ce genre. Il suffirait souvent d'améliorer la qualité des ordonnances pour améliorer radicalement la qualité des soins tout en réduisant les coûts. Je pense que nous devrions consacrer au moins un an ou deux à la mise en oeuvre de programmes de ce genre. Nous pourrions alors évaluer si nous avons réellement besoin de plus d'argent. Si c'est le cas, nous pourrions alors décider si cet argent devrait provenir de sources publiques ou privées.

Je serais en faveur de sources de financement publiques. Si l'on commence à mettre en oeuvre des programmes qui assurent une plus grande qualité et des coûts moindres, l'efficacité est tellement plus grande qu'on n'a vraiment pas à s'inquiéter au sujet de l'argent. Il suffit de se concentrer sur la qualité. C'est ce que j'aimerais voir.

Pour moi, un retour aux principes fondamentaux ne veut pas dire qu'il faut chercher un mode de financement du système; cela signifie qu'il faut améliorer la qualité des soins et, comme Fyke l'a dit, cela aboutit presque toujours à une réduction des coûts.

**Le sénateur Keon:** Michael, êtes-vous convaincu que l'hydrochlorothiazide est aussi efficace dans la prévention de l'athérosclérose progressive que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion?

**Le Dr Rachlis:** Nous n'avons pas les données à long terme à cet égard, et c'est pourquoi les inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont recommandés pour les patients diabétiques ou souffrant d'insuffisance cardiaque.

A court terme, on sait que c'est au moins aussi efficace, sinon plus, que les inhibiteurs de l'enzyme de conversion pour stabiliser la pression artérielle. Franchement, je trouve très réconfortant, quand je prends ma pilule, le matin, de savoir que c'est un médicament en usage depuis 45 ans parce que, comme vous le

often find out about side effects that were not found in the few thousand patients who were given it during clinical trials.

I am very comfortable taking this drug. It is the number one or number two drug recommended by professional societies in the U.S. and Canada.

**Senator Keon:** Let me start with Dr. Bhimji and bring you back to something that the whole panel will comment on.

The Canada Health Act fundamentally set up a system that placed doctors in hospitals, and as it relates to doctors in hospitals, people are pretty secure. They are pretty well covered, not all, but most of them are.

When you examine it closely, you discover that they are certainly not covered. I have had extensive experience with this in trying to implement prevention programs in cardiovascular disease where there is no funding for it, and your competitor is an American firm that blows into town, gives cooking lessons, hires impressive speakers, and gets people to enrol and pay the fare.

At the other end of the scale, you have the end-of-life and the chronic situations where coverage is just not adequate. Any practising physician will tell you, hopefully, of the difficulties that are being encountered now where people are discharged from hospital; they get some home care; it runs out; and then they have to pay the fare. Many of the chronic institutions are not completely funded.

Should we level the system that is now, fundamentally, 70 per cent publicly funded and 30 per cent privately funded? Should we level the system so that everything is 70 per cent publicly funded and 30 per cent privately funded?

**Dr. Bhimji:** That is certainly one option that could be made available.

I speak somewhat on behalf of employers when I say that the current system does not work well for employers. Employers are picking up specific costs within the health care system as a whole. For example, 70 per cent of the cost of drugs is paid for privately in Canada and 30 per cent is paid for through public vehicles of various sorts.

If we were to come up with a system that said that we need to share the cost across society as a whole, and that includes workplaces, then I could be fairly supportive of that, provided we define what the contribution will be from each side and what services we can be expected as a result of that contribution.

We must remember, as Mr. Robinson earlier pointed out, that there is only one taxpayer, and in a sense, there is also only one consumer.

savez peut-être, il arrive souvent qu'on découvre, pour des médicaments qui sont sur le marché depuis quelques années, des effets secondaires qui n'avaient pas été décelés chez les quelques milliers de patients ayant été soumis à des essais cliniques.

J'ai tout à fait confiance en ce médicament. C'est le plus recommandé, ou peut-être le deuxième parmi les plus recommandés, par les ordres professionnels des États-Unis et du Canada.

**Le sénateur Keon:** Je vais commencer avec le Dr Bhimji et ramener la conversation à un élément que tout le groupe pourra commenter.

La Loi canadienne sur la santé a créé un système qui plaçait les médecins dans les hôpitaux. En ce qui a trait aux médecins dans les hôpitaux, il y a un certain degré de sécurité. Les gens sont assez bien couverts; pas tous, mais la plupart.

Quand on y regarde de plus près, on découvre qu'ils n'ont pas une si bonne couverture. J'ai beaucoup d'expérience de la chose. J'ai essayé de créer des programmes de prévention des maladies cardiovasculaires sans avoir de financement à cette fin. Vous avez pour concurrent une entreprise américaine qui s'installe en ville, donne des cours de cuisine, engage des orateurs prestigieux et obtient que les gens s'engagent et paient les frais.

À l'autre bout du spectre, on a des cas de phase terminale et des cas chroniques pour lesquels la couverture n'est tout simplement pas adéquate. Tout médecin traitant vous racontera, j'espère, les difficultés que connaissent maintenant les gens qui obtiennent leur congé de l'hôpital. Pour commencer, ils ont des soins à domicile, mais quand le nombre de visites auxquelles ils ont droit se termine, ils doivent payer les frais. Beaucoup d'institutions pour malades chroniques ne sont pas entièrement financées par le gouvernement.

Devrait-on généraliser ce fonctionnement? Le système fonctionne essentiellement sur une base à 70 p. 100 publique et à 30 p. 100 privée. Devrions nous généraliser de manière que tout soit financé à 70 p. 100 par des fonds publics et à 30 p. 100 par des fonds privés?

**Le Dr Bhimji:** Ce serait certainement une option.

Je parle un peu au nom des employeurs quand je dis que le système actuel ne fonctionne pas bien pour les employeurs. Ce sont eux qui assument les coûts spécifiques dans l'ensemble du système de santé. Par exemple, 70 p. 100 du coût des médicaments est payé par les particuliers, et 30 p. 100 est payé par différents régimes publics.

Si nous en arrivions à un système qui établit que les coûts sont répartis dans l'ensemble de la société, y compris les lieux de travail, je serais d'accord à condition que nous définissions quelle contribution incomberait à chaque partie et quels services seraient assurés contre cette contribution.

Il faut nous rappeler, comme M. Robinson l'a signalé tout à l'heure, qu'il n'y a qu'un seul contribuable. Dans un sens, il n'y a aussi qu'un seul consommateur.



It does not matter what scheme we use, but we must ensure that we have adequate funding for the services that we state we are going to provide. That is a basic principle of insurance, regardless of whether that insurance is done from a public sector perspective or a private sector perspective.

As I indicated earlier, the concern that I have with the health care system today is that it is actuarially unsound. It does not fund what it purports to provide to Canadians, and I have given you clear examples of where that failure has occurred.

**The Chairman:** That is in part, though, because people in public life always talk about our publicly funded health care system when what we really have is a publicly funded hospital and doctor system. The terminology that is classically used is not descriptive of what the system really is.

**Dr. Bhimji:** Ultimately, it comes down to how many dollars there are and what those dollars will be used for. I have no disagreement with Dr. Rachlis' ideas of introducing further efficiencies to the system. However, I do believe that the system is underfunded, based on our expectations as Canadians as to what our health care system is to provide.

That is what we should be focussing on, not the 9 per cent that is being spent out of GDP or the like. We must decide what services we want; what services will be covered; and who will cover them, private sector or public sector. Then we must ensure that there is an alternative for those services that we choose not to provide in a publicly funded system.

**Senator Keon:** Michael, before you address this, let me broaden the situation a little for you.

In my own life as an administrator, one of the frustrations I have encountered is, because we have a salaried staff at the Heart Institute, I could always introduce new programs because it did not impact on physicians' incomes. When we would go extramural, we were scuppered because it takes years to get others on the billing system for OHIP. There was simply no way of dealing with this.

Let me present you with a double-edged sword here. I would ask you first to address the question I asked of Dr. Bhimji and then to address this whole issue of physician remuneration as it relates to progress and how we can overcome this tremendous barrier we have to progress right now.

**Dr. Rachlis:** The first question I will answer briefly so I can spend a little more time on your second question.

To reiterate what I said earlier about public payment, I think that it is more efficient, it reduces overheads, and it is more equitable. It seems to me that, rather than looking at introducing private payment for hospitals and physicians' services, we should be looking at the 1997 promise made by Mr. Chrétien that we

Peu importe le modèle qu'on applique, il faut surtout s'assurer que nous ayons le financement suffisant pour assurer les services que nous promettons. C'est le principe de base de l'assurance, que cette assurance soit offerte par le secteur public ou par le secteur privé.

Comme on l'a déjà dit, ce qui me préoccupe avec le régime de soins de santé actuel, c'est qu'il se défend mal du point de vue actuariel. Les fonds ne suffisent pas pour ce qui est censé être fourni aux Canadiens, et je vous ai donné des exemples précis de situations où le système n'a pas fonctionné.

**Le président:** Toutefois, ces situations sont en partie dues au fait que les représentants du secteur public parlent toujours de notre régime public d'assurance-maladie alors que ce que nous avons réellement, c'est un régime public de financement des hôpitaux et des médecins. Les termes généralement utilisés ne correspondent pas à la réalité.

**Le Dr Bhimji:** Au bout du compte, il faut se demander combien d'argent on a et comment on utilisera cet argent. Je ne conteste pas le point de vue du Dr Rachlis, qui veut augmenter l'efficacité du système, mais je crois qu'il est sous-financé, étant donné ce que nous attendons, en tant que Canadiens, de notre régime de soins de santé.

C'est là-dessus que nous devrions nous concentrer, et non sur les 9 p. 100 du PIB qui y sont consacrés ou autre chose du genre. Nous devons décider quels services nous voulons, quels services seront couverts et qui les couvrira, du secteur privé ou du secteur public. Nous devons ensuite nous assurer qu'il y a une solution de rechange pour les services que nous aurons choisis de ne pas offrir dans le cadre du régime public.

**Le sénateur Keon:** Michael, avant que vous répondiez à cela, permettez-moi d'élargir un peu le contexte pour vous.

Personnellement, en tant qu'administrateur, l'une des frustrations que j'ai subies, c'est que je pouvais toujours créer de nouveaux programmes puisque, comme le personnel l'Institut de cardiologie est salarié, cela n'avait aucune répercussion sur le salaire de nos médecins. Quand nous recrutons à l'extérieur, nous nous faisons avoir, parce qu'il faut des années avant que d'autres puissent utiliser le système de facturation de l'OHIP. Il n'y avait aucun moyen de régler ce problème.

Je vous présente une question à deux volets. Je voudrais que vous répondiez d'abord à la question que j'ai posée au Dr Bhimji, puis que vous traitiez de tout cet aspect de la rémunération des médecins et de la manière dont nous pourrions surmonter cet obstacle majeur au progrès.

**Le Dr Rachlis:** Je répondrai brièvement à la première question, afin que je puisse consacrer un peu plus de temps à votre deuxième question.

Pour reprendre ce que j'ai dit plus tôt au sujet du financement public, je crois c'est plus efficace, que cela réduit les coûts indirects et que c'est plus équitable. Il me semble que, plutôt que d'envisager le paiement des services des hôpitaux et des médecins par les particuliers, nous devrions examiner la promesse faite par

would move to home care and pharmacare being publicly funded. The same advantages would pertain there.

As Dr. Lexchin has pointed out, the examples we have in Canada with mixed public-private drug coverage such as in Quebec indicate that that move seems to have resulted in thousands of extra hospital admissions and probably some deaths. It does not look like as if that is a profitable way to go.

In general, I believe that the advantages of public payment mean that we should be moving towards more public coverage.

In terms of how we do this logistically, I do not recall the details from Malcolm Taylor's book — although I could look them up just as your staff might — but as I recall that, when we moved to hospital insurance in this country and then medical insurance, because most large firms were paying for coverage for their workers, there was a tax adjustment situation. When we moved to more public payment, some increased taxes went along with it.

Although I certainly would not speak for large employers in this country, I think that many of them would likely be interested in some trade-off, because most large employers are probably paying more now for direct benefits for their workers than what they may pay if they have to pay increased taxes to support a government plan.

Typically, in these kinds of situations, it is the small employers, who are not paying benefits, who are caught in a squeeze. In the U.S., in fact, they have been major opponents to public coverage for that reason.

On your second question, Dr. Keon, regarding physician payment, I feel strongly that, if we are to move to many of the new delivery models that people have been talking about for decades, we have to look at a change of the physician remuneration to make the rest of the programs work better, not just for its own purpose. There are two reasons for that.

One is that you just cannot run certain programs when physicians are mainly on fee for service. For example, over the last 10 years we have had clear evidence from the diabetes care and control trial, a U.K. diabetes study, and other diabetes control experiments which indicates that, if we move to a model of diabetes care where the patient's usual point of contact is a nurse who is then backed up by physicians and dietitians and others in a multidisciplinary team, just like the diabetic clinics that we have in many Canadian cities these days that serve a very small minority of diabetic patients, you will get better monitoring. Consequently, there will be dramatic reductions in the rate of kidney failure and other complications.

M. Chrétien en 1997, quand il a dit que les soins à domicile et les médicaments seraient dorénavant financés par les fonds publics. On aurait les mêmes avantages dans ce cas.

Comme le Dr Lexchin l'a signalé, selon les exemples de système mixte, public et privé, que nous avons au Canada pour les médicaments, comme c'est le cas au Québec, ce changement semble avoir engendré des milliers d'admissions supplémentaires à l'hôpital et probablement quelques décès. Cela ne semble pas être une solution avantageuse.

En général, je crois que les avantages du financement public font que nous devrions envisager une couverture encore plus grande du régime public.

Quant à savoir comment nous y prendre sur le plan logistique, je ne me souviens pas des détails du livre de Malcolm Taylor. Je pourrais vérifier cela, mais votre personnel pourrait le faire aussi. Si je me souviens bien, quand nous avons adopté un régime d'assurance-hospitalisation au Canada, puis d'assurance-maladie, on a dû rajuster les impôts en conséquence parce que la plupart des grandes sociétés payaient la cotisation de leurs employés. Quand on a accru l'assiette du financement public, cela a donné lieu à une certaine augmentation d'impôt.

Je ne parlerais certainement pas au nom des grands employeurs de notre pays, mais je crois que bon nombre d'entre eux seraient probablement intéressés à faire un échange quelconque, parce que la plupart d'entre eux paient probablement davantage, actuellement, pour donner des avantages directs à leurs travailleurs, qu'ils ne paieraient s'ils avaient à payer plus d'impôt pour financer une régime gouvernemental.

Généralement, dans ce genre de situations, ce sont les petits employeurs, qui ne paient pas ces avantages, qui sont pris à la gorge. Aux Etats-Unis, en fait, c'est la raison pour laquelle les petits employeurs comptent parmi les principaux détracteurs d'un régime public.

Pour ce qui est de votre deuxième question, Dr Keon, au sujet de la rémunération des médecins, je suis d'avis que, si nous devons adopter les nouveaux modèles de prestation dont on parle depuis des décennies, nous devons envisager de changer le mode de rémunération des médecins pour que le reste des programmes fonctionne mieux, et non pas seulement pour changer. Il y a deux raisons à cela.

Premièrement, certains programmes ne peuvent tout simplement pas fonctionner si les médecins sont payés à l'acte. Par exemple, au cours des 10 dernières années, des essais de systèmes de soins et de contrôle pour les diabétiques, mis à l'essai dans le cadre d'une étude sur le diabète faite au Royaume-Uni, et d'autres expériences sur le contrôle du diabète ont montré que, si nous passons d'un modèle de soins où le contact habituel des patients est une infirmière travaillant avec l'appui d'une équipe de médecins, diététiciens et autres spécialistes, comme il y en a dans les cliniques du diabète que l'on trouve dans beaucoup de villes canadiennes de nos jours et qui desservent une très petite minorité des patients diabétiques, on effectue une meilleure surveillance. Ainsi, le taux d'insuffisance rénale et d'autres complications chute radicalement.



Physicians working in those kinds of programs they mainly play a consultative role and they receive alternate payment. We cannot move to where we need to go, particularly for the management of chronic illness, unless physicians are paid differently.

The second reason to support changes in physician payment is because the fee-for-service system for physicians is extremely unfair to doctors. We have a situation where the Canadian public thinks that medicare is the height of an example of Canadian fairness, and that we are different from our American cousins because of how much we care. It is true that, compared to Americans, Canadians of all income classes get some of the best quality health care in the world.

For physicians paid on fee-for-service, the best doctors make the least money and the worst doctors make the most money. In Ontario, a family physician can work 70 hours a week doing all the right things, spending long appointments with patients, making long calls, and that physician would never net \$100,000 a year. That is the reality.

That doctor looks across the hall and sees another family physician only working 9:00 to 5:00, seeing 60 patients, 80 patients, or even more. In New Brunswick studies have shown that some doctors see over 100 people a day. That doctor may provide very bad care and generate high costs for the system but, in Ontario, that doctor would net \$250,000 or \$300,000 a year, two and a half to three times what his conscientious colleague would net.

A major problem we face in Canada now is that Canadian physicians see the medicare system as corrupt because it rewards bad medical practice, and of course, even within specialties, there are tremendous disparities. Of course, within medicine, people have tried to address these disparity issues. Typically, the potential losers, the sub-specialist surgeons in particular — not cardiovascular surgeons, I should say — ear, nose and throat doctors and ophthalmologists and others will fight these changes to the death. The doctors who would benefit will not fight hard.

As most of you will know, in Ontario, Dr. John Wade spent two and a half years writing an excellent report. Now, like so many others, that report will be put on the shelf to gather dust because it could not correct the disparities.

Canadians do not know how the present perverse incentives for physicians reduce the quality of care being provided and result in thousands of Canadians losing their lives every year because of the poor management of chronic illness. They do not realize that many doctors are treated unfairly by the payment system. I would like to see this committee bring these issues to the attention of the public and, hopefully, galvanize some public opinion that will lead to change.

**Senator Keon:** Dr. Lexchin, would you care to address that issue?

Les médecins qui travaillent avec ce genre de programmes jouent essentiellement un rôle de consultant, et leurs services sont rémunérés différemment. On ne peut mettre en oeuvre les nouveaux programmes dont nous avons besoin, surtout pour le traitement de maladies chroniques, sans changer le mode de paiement des médecins.

La deuxième raison d'appuyer une modification du mode de paiement du médecin, c'est que le paiement à l'acte est extrêmement injuste pour les médecins. Les Canadiens s'imaginent que l'assurance-maladie est le meilleur exemple de l'équité propre au Canada, et que nous différons de nos cousins américains parce que nous accordons tellement plus d'importance au bien-être de nos semblables. C'est vrai que, par rapport aux Américains, les Canadiens, riches ou pauvres, obtiennent des soins de santé parmi les meilleurs du monde.

Pour les médecins payés à l'acte, ce sont les meilleurs médecins qui font le moins d'argent, et les pires qui en font le plus. En Ontario, un médecin de famille peut travailler 70 heures par semaine à faire tout ce qu'il faut, à rencontrer longuement ses patients, à avoir de longues conversations téléphoniques, sans jamais atteindre les 100 000 \$ par année. C'est la réalité.

Ce docteur regarde autour et voit d'autres médecins qui ne travaillent que de 9 heures à 17 heures et qui voient 60 ou 80 patients, ou même plus. Au Nouveau-Brunswick, des études ont montré que certains voyaient plus de 100 patients par jour. Une tel médecin peut offrir de très mauvais soins et engendrer des coûts élevés pour le système mais, en Ontario, celui-ci aurait un revenu net de 250 000 \$ ou 300 000 \$ par année, deux fois et demie à trois fois plus que son collègue consciencieux.

Il y a un problème majeur au Canada. Les médecins canadiens considèrent que le régime d'assurance-maladie est corrompu parce qu'il récompense la mauvaise pratique médicale. Même au sein d'une même spécialisation, les disparités sont immenses. Bien sûr, dans le champ de la médecine, les gens ont essayé de régler le problème des disparités. En général, les perdants, surtout chez les chirurgiens pratiquant une sous-spécialisation — non pas les chirurgiens cardiovasculaires, mais les otorhino-laryngologistes, les ophtalmologistes et d'autres s'y opposeront jusqu'à la mort. Les médecins qui en bénéficient ne s'y opposeront pas fort.

Comme la plupart d'entre vous le savent déjà, en Ontario, le Dr John Wade a consacré deux années et demie à rédiger un excellent rapport. Maintenant, comme tant d'autres, ce rapport ramassera la poussière sur la tablette, parce qu'il ne propose pas de solution aux disparités.

Les Canadiens ne savent pas à quel point les incitatifs nuisibles pour les médecins réduisent la qualité des soins offerts, ni que cela entraîne des milliers de pertes de vie chaque année en raison d'un mauvais suivi des maladies chroniques. Ils ne se rendent pas compte que beaucoup de médecins sont traités injustement par le système de paiement à l'acte. J'aimerais que le comité porte ces questions à l'attention du public. On peut espérer que l'opinion publique en sera quelque peu mobilisée et que cela entraînera des changements.

**Le sénateur Keon:** Dr Lexchin, voulez-vous formuler des observations sur cette question?

**Dr. Lexchin:** I would be happy to do that.

With regard to the 70-30 split, I would point out that the 70 per cent public funding by Canada puts us at the low end of the OECD average. Public funding in European countries, by and large, is much higher as a percentage of overall health care spending. In fact, in Denmark I believe it is up around 92 per cent.

**The Chairman:** Am I correct that OECD countries also cover more?

**Dr. Lexchin:** They do cover more services and, with a couple of exceptions, they spend less of their GDP on health.

We have to question whether our system is underfunded. What does that say about the European systems? If we are considering spreading the public-private split over the range of services, then before we start that one of the things we need to do is raise the percentage of public funding. Somebody said that we must remember that there is only one taxpayer. I agree with that but, when you start to add in private funding for health services, you must ask: Who actually pays the money?

The more you have a public system of funding through taxation, the more it is progressive. In other words, the people who have the most money pay, and the people who need the services the most who, generally speaking, are the poor, benefit from that. When you start throwing in user fees and private funding, then the poor people start to pay more for their health services because they are the heavier users.

When talking about a single taxpayer, you have to consider how you will distribute the money. A public system is the most efficient and the most equitable way of distributing the money.

I have done some work in the area of pharmacare. Using 1996 figures for prescription drugs, we were paying about \$6.6 billion or \$6.7 billion a year in 1996 for prescription drugs. That does not include dispensing fees, markups, et cetera. If you went to an all-public system, yes, the public would be spending more, probably about \$3.1 billion more than we are now, but we would end up saving around \$600 million per year on prescription drug costs.

Those efficiencies would be realized in two ways: First, there would be lower administrative costs. The figures I have seen suggest that private insurance companies are spending about 8 per cent of the dollar on administrative costs versus 2 per cent in systems such as the Ontario Drug Benefits Program. There would be a saving of about \$100 million per year on administrative costs. You would also save money because you would have a monopsony buyer.

**Le Dr Lexchin:** Je serais heureux de le faire.

Pour ce qui est du partage à 70 p. 100 contre 30 p. 100, je signale que les 70 p. 100 de financement public au Canada nous placent à la queue par rapport aux pays de l'OCDE. Le financement public, dans les pays européens, est généralement beaucoup plus élevé en pourcentage de l'ensemble des dépenses en santé. En fait, au Danemark, je crois qu'il se situe autour de 92 p. 100.

**Le président:** Ai-je raison de dire que les pays de l'OCDE couvrent aussi plus de services?

**Le Dr Lexchin:** Effectivement. Par ailleurs, à quelques exceptions près, ils consacrent une moins grande part de leur PIB à la santé.

Nous devons nous demander si notre système ne serait pas sous-financé. Qu'est-ce qu'on apprend des régimes européens? Si nous envisageons d'étendre le partage public-privé à tous les services, nous devons d'abord augmenter le pourcentage de financement public. Quelqu'un a dit que nous devons nous rappeler qu'il n'y a qu'un seul contribuable. Je suis d'accord, mais quand on commence à ajouter du financement privé pour les soins de santé, on doit se demander qui paie réellement.

Plus les impôts servent à financer un régime public, plus le régime est progressif. Autrement dit, les gens les plus riches sont ceux qui paient, tandis que ceux qui ont le plus besoin des services — généralement les pauvres — en bénéficient. Quand on commence à ajouter des frais d'utilisation et du financement privé, les moins nantis commencent à payer davantage pour leurs soins de santé, parce que ce sont les plus gros utilisateurs.

Quand on dit qu'il n'y a qu'un contribuable, il faut penser à la manière dont on distribue l'argent. Un régime public est le régime le plus efficace et le plus équitable comme moyen de distribution de l'argent.

J'ai fait quelques recherches dans le domaine du régime d'assurance-médicaments. D'après les chiffres de 1996 pour les médicaments d'ordonnance, nous avons payé quelque 6,6 ou 6,7 milliards de dollars par année en 1996, pour les médicaments d'ordonnance. Cela ne comprend pas les honoraires du pharmacien, les marges bénéficiaires ou d'autres frais. Si l'on se tournait vers un régime entièrement public, la population dépenserait davantage, probablement environ 3,1 milliards de dollars de plus, mais on économiserait au bout du compte environ 600 millions de dollars par année sur le coût des médicaments d'ordonnance.

Cette plus grande efficacité se réaliserait de deux manières: premièrement, les coûts d'administration seraient moins élevés. Les chiffres que j'ai vus laissent croire que les compagnies d'assurance privées consacrent environ 8 p. 100 de l'argent perçu aux coûts administratifs, contre 2 p. 100 dans le cas de régimes comme le Programme de médicaments de l'Ontario. On économiserait ainsi environ 100 millions de dollars par année en frais d'administration. On économiserait aussi de l'argent parce qu'on aurait un monopsonne.



To illustrate that, consider the difference between drug costs in Canada and in Australia. Both countries have roughly similar economic systems. Both countries have roughly similar health care systems. In 1993 or 1994, the average price for drugs in Australia was 30 per cent below the OECD average; in Canada it was about 30 per cent above the OECD average. That difference was largely in favour of Australia because of their position as a monopsony buyer. They had a single drug plan for the entire country and, as a result, they were able to reduce drug costs.

**The Chairman:** That is why one of our options is a national formulary. Would you agree with that?

**Dr. Lexchin:** I would agree with that, yes.

As regard to how physicians are to be paid, again drawing from the area of prescribing, there is some evidence to indicate that doctors who are not on fee for service are better prescribers than physicians who are on fee for service.

I agree with Michael that moving off of a fee-for-service system would be beneficial in terms of quality of care. You can deliver better quality of care, I believe, through other methods of payment than you can through fee for service.

**Senator Cordy:** Dr. Lexchin, you mentioned surveys that had been done. Can you provide us with that data?

**Dr. Lexchin:** Which survey?

**Senator Cordy:** I am referring to surveys of Canadians who support the principle of increased general taxes rather than user fees.

**Dr. Lexchin:** I will try to get that.

**The Chairman:** We may have mentioned that in our first report, I have certainly mention of such surveys in the newspapers. If you have something else you can provide to us, Joel, that would be helpful.

**Senator Robertson:** When you are talking about moving from fee for service to salaried positions, how long would it take us?

I understand very well what you are saying about some physicians seeing patients for five minutes and rushing on to another one. How long would it take us to train a sufficient number of physicians so that there could be a better time ratio, a better care component, a better relationship between the physician and the patient?

**Dr. Rachlis:** Are you asking how long it would take to train the physicians to work in this model?

**Senator Robertson:** No.

In some parts of the country you cannot find a family physician. If you are lucky enough to have a family physician, he or she squeezes you in for a three or four minute consultation. If the physician does that all day long and into the early evening,

Pour illustrer cela, prenons la différence entre les coûts des médicaments au Canada et en Australie. Les deux pays ont des régimes économiques semblables. Les deux pays ont des régimes d'assurance-maladie semblables. En 1993 ou 1994, le prix moyen pour les médicaments, en Australie, était de 30 p. 100 sous la moyenne de l'OCDE. Au Canada, il était d'environ 30 p. 100 supérieur à cette moyenne. Cette différence était largement favorable à l'Australie en raison de sa position en tant que monopsonne. Ce pays avait un seul programme d'assurance-médicaments pour tout le pays et a donc pu réduire le prix des médicaments.

**Le président:** C'est pourquoi l'une des options que nous proposons est un formulaire national. Seriez-vous d'accord avec cela?

**Le Dr Lexchin:** Je serais d'accord, absolument.

Pour ce qui est du mode de rémunération des médecins, encore une fois, si l'on se fie au secteur des médicaments d'ordonnance, on a certains éléments qui laissent voir que les médecins qui ne sont pas payés à l'acte offrent un meilleur service pour ce qui est de prescrire des médicaments que ceux qui sont payés à l'acte.

Je suis d'accord avec Michael pour dire que l'élimination du système de paiement à l'acte serait avantageux sur le plan de la qualité des soins. On peut offrir de meilleurs soins, je crois, avec d'autres modes de paiement qu'avec le paiement à l'acte.

**Le sénateur Cordy:** Dr Lexchin, vous avez parlé des sondages réalisés. Pouvez-vous nous fournir ces données?

**Le Dr Lexchin:** Quel sondage?

**Le sénateur Cordy:** Je parle des sondages faits auprès des Canadiens dont les résultats vont à l'appui du principe d'une hausse des impôts plutôt que de l'imposition de frais d'utilisation.

**Le Dr Lexchin:** Je vais essayer.

**Le président:** Nous l'avons peut-être mentionné dans notre premier rapport. J'ai certainement mentionné des sondages de ce genre publiés dans les journaux. Si vous pouvez nous fournir de nouveaux éléments, Joel, ce serait utile.

**Le sénateur Robertson:** Quand on parle de passer du paiement à l'acte à un système de postes salariés, combien de temps faudrait-il?

Je comprends tout à fait que ce que vous dites au sujet de certains médecins qui ne passent que cinq minutes avec un patient avant de se précipiter pour en voir un autre. Combien de temps nous faudrait-il pour former un assez grand nombre de médecins pour que le temps passé avec chaque patient puisse être plus long, que les soins soient meilleurs et que la relation soit meilleure entre le médecin et le patient?

**Le Dr Rachlis:** Êtes-vous en train de me demander combien de temps il faudrait pour former les médecins pour qu'ils puissent travailler en fonction du nouveau modèle?

**Le sénateur Robertson:** Non.

Dans certaines régions du pays, il est impossible de trouver un médecin de famille. Si vous avez la chance d'en avoir un, il vous consacre trois ou quatre minutes entre deux autres consultations. Si le médecin continue ainsi toute la journée et une partie de la

then his or her income can be sizable. Conversely, the patient who is seen in a normal time ratio is provided with very good medical care. If there are not enough doctors to go around, how long will it take us to catch up so that we have an adequate supply of physicians?

**Dr. Rachlis:** If we do not change the way we pay doctors and the way that they provide health care, family doctors in particular, we will never have enough.

I, respectfully, strongly disagree with the Canadian College of Physicians and Surgeons report last week which stated that we are 3,000 short. Dr. Ben Chan, from the Institute for Clinical Evaluative Sciences in Toronto at Sunnybrook Hospital, did a good survey about two years ago where he found that, in just six years, between 1991 and 1997, there was a 55 per cent relative increase in the proportion of Ontario family doctors who did no care outside their offices; that is no hospital care, no nursing home care, no obstetrics, no emergency work, et cetera.

The number of family doctors per capita in this country has gone down by about 4 per cent in the last decade, although it is going back up again now. The number of family doctors has not changed much, but what has changed dramatically is that family physicians are finally responding to those perverse incentives. It is not strange that so many family physicians practice that revolving-door type of practice.

The real mystery is why there are so many dedicated Canadian family doctors still providing comprehensive care despite the financial penalties and the penalties to their personal life, given that we have approximately one full-time equivalent family physician for every 1,400 people in this country. We do not know the exact numbers of course, but I can point to numerous examples where one family physician working as part of an interdisciplinary team can manage 2,000 patients or more.

The best example of that is Dr. Tony Hamilton in Beechy, Saskatchewan, north of Swift Current. When the other family doctor in the community left, he was skeptical of working more closely with nurses, but he gave it a try. Now he is working with three advanced clinical nurses and the other home care and mental health staff as part of the District Authority, and between all of them, they are managing 4,000 patients. That is one family doctor. They also have a diabetic registry in their program. They provide good quality care. If every doctor in this country worked like Dr. Tony Hamilton, there would be an excess of 10,000 family doctors in this country.

The solution to the problem is not to find more doctors to work in this terribly inefficient system, the solution is to change the system. I think that most family doctors would find those new practices much more professionally rewarding.

soirée, son revenu peut être assez important. Inversement, le patient à qui le médecin consacre un temps de consultation plus normal aura de très bons soins. Mais s'il n'y a pas assez de médecins dans la région, combien de temps faudra-t-il pour rattraper le retard, afin que le nombre de médecins disponibles soit assez grand?

**Le Dr Rachlis:** Si l'on ne change pas la façon dont on paie les médecins et la façon ils traitent les gens, surtout dans le cas des médecins de famille, nous n'aurons jamais le temps.

Je tiens à dire respectueusement que je ne suis pas du tout d'accord avec le collège des médecins et chirurgiens du Canada, qui indiquait dans son rapport de la semaine dernière qu'il nous faudrait 3 000 médecins de plus. Le Dr Ben Chan, de l'Institut de recherche en services de santé, dont le siège est à l'hôpital Sunnybrook de Toronto, a effectué une bonne étude, il y a environ deux ans. Il avait alors constaté que, en seulement six ans, soit de 1991 à 1997, la proportion des médecins de famille de l'Ontario qui ne faisaient aucune pratique en dehors de leur bureau avait augmenté de 55 p. 100. Ces médecins n'assurent aucun service à l'hôpital ou à domicile, pas de soins d'obstétrique ou de traitements d'urgence ni rien d'autre.

Le nombre de médecins de famille par habitants au Canada a diminué d'environ 4 p. 100 au cours de la dernière décennie, mais la courbe tend maintenant à remonter. Le nombre de médecins de famille n'a pas beaucoup changé, mais ce qui a radicalement changé, c'est que ceux-ci réagissent finalement à ces incitatifs nuisibles. Il n'y a rien d'étonnant à ce que tellement d'entre eux appliquent ce genre de méthode accélérée.

Le vrai mystère est de savoir pourquoi tellement de dévoués médecins de famille assurent encore de bons soins malgré les inconvénients sur les plans financier et personnel, étant donné que nous avons environ un médecin de famille, ou un équivalent plein temps, pour 1 400 personnes, au Canada. Nous ne savons pas le nombre exact, bien sûr, mais je peux vous signaler de nombreux exemples de médecins de famille travaillant au sein d'une équipe interdisciplinaire qui peut soigner 2 000 patients par mois, ou même davantage.

Le meilleur exemple que je puisse donner est le Dr Tony Hamilton, à Beechy, en Saskatchewan, au nord de Swift Current. Quand les autres médecins de famille de la localité sont partis, il était sceptique à l'idée de travailler en plus étroite collaboration avec les infirmières, mais il a essayé. Il travaille maintenant avec trois infirmières spécialisées et le reste du personnel en soins à domicile et en santé mentale, qui font partie des autorités du district. À eux tous, ils traitent 4 000 patients. Il n'y a qu'un seul médecin de famille. Ils ont aussi un registre des diabétiques à leur programme. Ils assurent de bons soins. Si tous les médecins du Canada étaient comme le Dr Tony Hamilton, il y aurait 10 000 médecins de famille en trop au pays.

La solution au problème n'est pas de trouver plus de médecins pour travailler dans ce système terriblement inefficace; la solution est de modifier le système. Je crois que la plupart des médecins de famille trouveraient les nouvelles pratiques beaucoup plus enrichissantes sur le plan professionnel.



**Senator Robertson:** It is that thrust to a multidisciplinary practice that is so important.

**Dr. Rachlis:** Of course. We also need specialists to work differently. They have to be much more consultants to the primary health care team, and to integrate their expertise into that practice. Then we might easily find that the number of specialists we have is more than adequate to provide us with great health care.

The flipside of that is, without changing the way we pay doctors, without having them work in a team, as Dr. Keon was describing within his Heart Institute, we could add 30,000 doctors to the Canadian complement and we would still have many gaps in services.

**Senator Robertson:** Thank you for reinforcing that.

**The Chairman:** Just to echo your point, last week we heard evidence — and I cannot remember if the number is 195 or 295 — that there are either 195 or 295 fully trained, fully licensed nurse practitioners in Ontario who are unable to practice because of scope-of-practice rules. That absolutely confirms, in terms of a specific number, everything you said.

**Dr. Rachlis:** I think that Ontario has some of the most progressive legislation to allow nurse practitioners to work.

The real issue is, rather, that the Ontario government, because of some strategy on primary health care reform, has not insisted on the use of interdisciplinary teams.

As you will hear this afternoon from Mr. Gary O'Connor, there are upwards of 50 Ontario communities who would like an interdisciplinary community health centre, but the Ontario government is not responding to that. Many of us are very concerned that their primary health care strategy will not work for patients, and that it will not work very well for doctors.

**The Chairman:** Thank you all for coming.

The committee suspended its proceedings.

The committee resumed.

**The Deputy Chairman:** Senators, our first witnesses of the afternoon are from the Consumers' Association of Canada and the Ontario Association of Optometrists. I would like to welcome Jean Jones, Chair of the Health Committee of the Consumers' Association of Canada; Mel Fruitman, President of the Consumers' Association of Canada; and Dr. Joseph Chan, President of the Ontario Association of Optometrists.

**Mr. Mel Fruitman, President, Consumers' Association of Canada:** Thank you for inviting the Consumers' Association of Canada to appear before this committee to contribute our consumer views to your study of Canada's health care system.

**Le sénateur Robertson:** Ce qui importe surtout, c'est ce mouvement d'entraînement vers une pratique multidisciplinaire.

**Le Dr Rachlis:** Bien sûr. Il faut aussi que les spécialistes travaillent différemment. Ils doivent agir davantage en tant que consultants pour l'équipe des soins de base, et doivent intégrer leur expertise dans ce type de pratique. Il se pourrait très bien qu'on constate alors que le nombre de nos spécialistes est plus que suffisant pour nous assurer de très bons soins de santé.

L'envers de la médaille, c'est que, si nous ne modifions pas le mode de paiement des médecins, si nous ne faisons pas en sorte qu'ils travaillent en équipe, comme le Dr Keon le disait au sujet de l'Institut de cardiologie, nous pourrions ajouter 30 000 médecins et nous aurions toujours de nombreuses lacunes.

**Le sénateur Robertson:** Merci de revenir là-dessus.

**Le président:** Juste pour insister sur ce que vous venez de dire, nous avons entendu des témoignages la semaine dernière selon lesquels il y aurait 195 ou 295 — je ne parviens pas à me rappeler du chiffre — infirmières diplômées et ayant toute la formation voulue qui sont incapables de pratiquer en Ontario en raison des règles de formation sur le cadre des fonctions. Cela confirme absolument tout ce que vous venez de dire, en y ajoutant un chiffre.

**Le Dr Rachlis:** Je crois que l'Ontario a l'une des législations les plus progressistes quant au permis de travail des infirmières.

Le véritable enjeu est plutôt le fait que le gouvernement de l'Ontario n'a pas insisté sur le recours à des équipes interdisciplinaires en raison de la stratégie appliquée pour la réforme des soins de santé primaires.

Comme vous pourrez l'entendre cet après-midi de la bouche de M. Gary O'Connor, il y a jusqu'à 50 localités ontariennes qui aimeraient avoir un centre de santé communautaire interdisciplinaire, mais le gouvernement de l'Ontario ne donne pas suite à leur désir. Nombre d'entre nous craignons fort que la stratégie des soins de santé primaires ne fonctionnera pas pour les patients, et ne fonctionnera pas très bien pour les médecins non plus.

**Le président:** Je vous remercie tous d'être venus.

La séance est suspendue.

La séance reprend.

**La vice-présidente:** Sénateurs, nos premiers témoins de l'après-midi représentent l'Association des consommateurs du Canada (ACC) et l'Ontario Association of Optometrists. Je souhaite la bienvenue à Jean Jones, présidente du Comité sur la santé, et à Mel Fruitman, président, Association des consommateurs du Canada, de même qu'au Dr Joseph Chan, président de l'Ontario Association of Optometrists.

**M. Mel Fruitman, président, Association des consommateurs du Canada:** Je vous remercie d'avoir invité l'Association des consommateurs du Canada à comparaître devant le comité pour apporter à votre étude de l'état du système de soins de santé du Canada le point de vue des consommateurs.

The CAC is a 52-year-old independent, not-for-profit volunteer-based organization with a national office in Ottawa and provincial and territorial branches. Our mandate is to inform and educate consumers on marketplace issues, to advocate for consumers with government and industry and to work with government and industry to solve marketplace problems in beneficial ways.

CAC focusses its work in the areas of health, food, trade, standards, financial services, communication services and other marketplace issues as they emerge.

All of our policies on specific issues are framed within a set of general consumer-oriented principles. Eight such principles govern consumer associations worldwide. Among these principles are the right to choice, safety, information and a healthy environment. The attached CAC "Policy Statement on Consumers and Health Care" is based on these principles.

For more than a decade, delegates at our annual general meeting have identified health care as a priority consumer issue to be addressed by the association in the coming year. Each year the issue presents a more critical challenge.

**Ms Jean Jones, Chair of the Health Committee, Consumers' Association of Canada:** In 2001, CAC consumers give the highest priority for action to the inclusion of home care and pharmacare within the parameters of the Canada Health Act. The shift of necessary treatment and care from the insured hospital setting to the uninsured community setting has placed a heavy — often overwhelming — financial burden on the individuals and their families at a time of great vulnerability due to lost income of a patient and/or the family caregiver at the stressful time of coping with the illness.

It is recognized that in many instances home care is the preferred or feasible option only because of the availability of drug treatment that can be administered outside a hospital. This dependence of the home care option on the accessibility of drugs demonstrates the urgent need for a pharmacare program to be put in place concurrently, in order for home care to provide the required level of health care at the time needed.

One successful aspect of the British health care system has been the provision of both home care and pharmacare within the public health system.

Certainly, the introduction of publicly insured home care and pharmacare programs would have cost implications for the health care systems, yet over time could prove cost-efficient by expediting the movement of patients through the expensive

L'ACC est un organisme bénévole indépendant sans but lucratif vieux de 52 ans et doté d'un bureau national à Ottawa et de sections dans les provinces et les territoires. Nous avons pour mandat d'éclairer et d'éduquer les consommateurs sur les questions relatives au marché, de défendre les consommateurs auprès du gouvernement et de l'industrie et, enfin, de collaborer avec le gouvernement et l'industrie à la recherche de solutions bénéfiques aux problèmes liés au marché.

L'ACC axe ses travaux sur les domaines de la santé, de l'alimentation, du commerce, des normes, des services financiers, des services de communication et d'autres problèmes liés au marché au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Les politiques que nous adoptons relativement à des enjeux précis s'intègrent dans un ensemble de principes généraux axés sur les consommateurs. Huit principes de cette nature guident les associations de consommateurs des quatre coins du monde. Parmi ceux-ci, mentionnons le droit de choisir, la sécurité, l'information et un environnement sain. Le document ci-joint, soit l'énoncé de principes de l'ACC sur les consommateurs et les soins de santé, repose sur ces principes.

Pendant plus d'une décennie, les délégués à notre assemblée générale annuelle ont fait des soins de santé un enjeu prioritaire pour les consommateurs. À ce titre, l'association devrait s'y intéresser au cours de l'année à venir. Chaque année, l'enjeu présente un défi plus critique.

**Mme Jean Jones, présidente du comité sur la santé, Association des consommateurs du Canada:** En 2001, les consommateurs membres de l'ACC ont accordé la plus haute priorité aux mesures prises pour inclure les soins à domicile et l'assurance-médicaments dans les paramètres de la Loi canadienne sur la santé. À la suite de la transformation des traitements et des soins nécessaires, qui étaient offerts dans des milieux hospitaliers assurés et qu'on dispense maintenant dans des milieux communautaires non assurés, les particuliers et leur famille assument un fardeau financier lourd — et souvent accablant — à une période de grande vulnérabilité, en raison de la perte de revenu du patient ou du soignant familial au moment même où ils doivent faire face au stress dont s'accompagne la maladie.

Il est admis que, dans de nombreux cas, les soins à domicile sont la solution privilégiée ou faisable simplement parce que la pharmacothérapie peut être administrée à l'extérieur de l'hôpital. Cette dépendance de l'option axée sur les soins à domicile à l'égard de la disponibilité de médicaments montre bien qu'il est urgent de mettre simultanément en place un programme d'assurance-médicaments, afin que les personnes qui assurent des soins à domicile soient en mesure de fournir les soins de santé du niveau requis au moment où le besoin s'en fait sentir.

L'offre de soins à domicile et d'une assurance-médicaments dans le système public de soins de santé s'est révélée l'un des aspects fructueux du système de soins de santé britannique.

Certes, l'introduction de programmes publics de soins à domicile et d'assurance-médicaments assurés aurait une incidence sur les coûts des systèmes de santé. Pourtant, au fil du temps, ils se révéleraient efficaces en accélérant le cheminement des



hospital system, thereby reducing waiting lists and pressure for expansion of high cost facilities.

From a consumer point of view, the major flaw in the government's initiatives in closing hospitals and beds over the past decades has been the failure to have an adequate home care program in place prior to undertaking the downsizing. Costly bottlenecks and waiting lists have been the consequences.

Now, our next comments will focus on matters raised in your report.

The role of the federal government: Consumers emphasize the federal role in health protection and place high value on its responsibility to provide thorough, expert assessment of the safety of both drugs and medical devices before they come on the market and also to monitor their safety record while they are in use. Consumers also expect a strong role for the federal government in the development of standards to ensure a healthy environment and safe drinking water across the country.

Primary care reform: Consumers concur with the report's definition of the need for changes in the practice of primary care. Success in shifting treatment and care from hospitals to the community and to the home depends on structural changes that would provide 24-hour seven-day-a-week professional consultation services to consumers.

Delivery of primary care by community health clinics and health service organizations are meeting these needs of consumers in some communities by providing easy access to the services of other more appropriate health professionals as well as physicians. However, lack of timely access to needed health services and waiting lists continue to be experienced universally.

With regard to the Canada Health Act, consumers continue to strongly support the principles contained in the act and would like to see the political will to apply rigid consequences to those who do not follow the principles.

There is also support for a stronger role for the federal government in setting national standards, both measurable and accountable, allocating resources for comprehensiveness and equity, and monitoring accountability to report back to the taxpayer/consumer.

As long as the provinces deliver the services, they need to be pressured to deliver the services consistently across the country and ensure their accessibility to all Canadians and be accountable for the performance of their responsibilities.

patients dans le coûteux réseau hospitalier, ce qui entraînerait une réduction des listes d'attente et des pressions qui s'exercent en faveur de l'agrandissement d'installations à coûts très élevés.

Du point de vue des consommateurs, la principale carence des initiatives gouvernementales de fermeture d'hôpitaux et de lits au cours des dernières décennies a été le fait qu'on n'a pas, avant d'entreprendre la rationalisation, mis en place un programme adéquat de soins à domicile. Il en est résulté des listes d'attente et des goulots d'étranglement coûteux.

Nos prochains commentaires porteront sur des questions soulevées dans notre rapport.

Les consommateurs insistent sur le rôle joué par le gouvernement fédéral dans le domaine de la protection de la santé et attachent une grande importance à l'obligation que le gouvernement fédéral a de procéder à une vérification exhaustive et poussée de l'innocuité des médicaments et des appareils médicaux avant qu'ils ne soient mis en marché de même que d'assurer le contrôle de leur fiche de sécurité en cours d'utilisation. Les consommateurs comptent également sur le gouvernement fédéral pour jouer un rôle important dans le domaine de l'élaboration de normes capables d'assurer un environnement sûr et une eau potable aux quatre coins du pays.

Par ailleurs, les consommateurs sont d'accord avec la définition donnée dans le rapport de la nécessité de modifier la prestation des soins primaires. La réussite au chapitre du transfert des traitements et des soins des hôpitaux vers la collectivité et les foyers sera fonction de modifications structurelles qui assureraient aux consommateurs des services de consultation professionnelle 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Dans certaines collectivités, les cliniques communautaires et les organismes de services de santé répondent aux besoins en soins primaires des consommateurs en facilitant l'accès aux services offerts par des professionnels de la santé compétents, outre les médecins. Cependant, l'absence d'accès opportun à des services de santé nécessaires et les listes d'attente demeurent des problèmes universels.

En ce qui concerne la loi canadienne sur la santé, les consommateurs continuent de soutenir fermement les principes énoncés dans la loi et aimeraient que les intéressés aient la volonté politique d'imposer de sévères conséquences à ceux qui ne les respectent pas.

Selon les consommateurs, le gouvernement fédéral pourrait également jouer un rôle plus grand au chapitre de l'établissement de normes nationales, à la fois mesurables et justifiables, de l'allocation de ressources pour l'exhaustivité et l'équité et, enfin, de la surveillance des comptes rendus afin de pouvoir faire rapport aux contribuables-consommateurs.

Tant et aussi longtemps que les provinces continuent d'assurer la prestation de services, on doit les contraindre à dispenser les services de façon uniforme dans tout le pays et à assurer l'accessibilité des services à tous les Canadiens, tout en rendant des comptes à l'égard de leur rendement en regard des responsabilités qui leur échoient.

In the report's discussion of the prohibition of extra billing, the fairness of "preventing individuals from purchasing the service" is questioned. Critics of extra billing — and certainly CAC is one — however, see the transaction as the purchase of the privilege of gaining access to service when payment of the service itself is charged to medicare. There is no constraint preventing individuals from purchasing the service when the transaction is entirely independent of the medicare program.

In considering the pros and cons of a privately funded system parallel to medicare, consumers look to the example of such a situation in Britain and see the deep erosion of the public system capacity and waiting lists that are far longer than those in Canada.

Another example of the deleterious impact on consumers of alternate private payment for a publicly provided service appears in the Alberta CAC's "Canary" report. This report documents the longer waiting lists for cataract treatment provided under the public system in cities where alternate private public payment systems were available from the same physicians.

In contrast, an example of the positive impact on consumers of improved management within the system is demonstrated in the reduced waiting lists for cardiac care after the Cardiac Registry was introduced in Ontario.

It is certainly apparent that there are already aspects of a two-tier system already existing in Canada. Consider the disparate situations of one worker who is injured at work and his neighbour, also in the work force and similarly injured at home. The first worker is likely to receive accelerated access to treatment and rehabilitation services due to the purchase arrangements that the Workmen's Compensation Boards may make.

The consumer who understands how the system works does have an advantage in accessing its services and provides the rationale for the constant efforts of the CAC to promote ways of informing consumers about their rights in health care and how to exercise them.

On the subject of financing, it has been disappointing that the report, once again, is suggesting consideration of user fees at point of use as part of the financing solution — particularly in view of the repeated studies that have documented the negative impact on the economically vulnerable seniors and low income earners in limiting their use of necessary health services. As yet, CAC has found no convincing evidence on the merits of user fees to consider changing its long-standing position that rejects user fees in the medicare system.

Dans l'analyse de l'interdiction de la surfacturation qui figure dans le rapport, on met en doute l'équité de la mesure qui empêche des particuliers d'acheter les services. Les critiques de la surfacturation — dont l'ACC fait indubitablement partie — voit cependant l'opération comme l'achat du privilège d'accéder au service tandis que le service lui-même est facturé au régime d'assurance-maladie. Cependant, rien n'empêche des particuliers de faire l'achat de services lorsque la transaction s'effectue entièrement en marge du régime d'assurance-maladie.

Dans l'étude des inconvénients et des avantages d'un régime privé fonctionnant en parallèle avec l'assurance-médicaments, les consommateurs ont tenu compte de l'exemple d'une situation du genre en Grande-Bretagne, où ils ont constaté une profonde érosion de la capacité du réseau public et la présence de listes d'attente nettement plus longues que celles qu'on trouve au Canada.

Un autre exemple des effets délétères sur les consommateurs du paiement à titre privé de services publics figure dans le rapport «Canary» produit par la section albertaine de l'ACC. Dans ce rapport, on documente l'allongement des listes d'attente pour le traitement des cataractes dans le réseau public des villes où des services privés de rechange sont offerts par les mêmes médecins.

Par comparaison, l'introduction du registre cardiaque en Ontario constitue un exemple d'impact positif sur les consommateurs, soit une meilleure gestion, illustrée par la diminution des listes d'attente dans le domaine des soins cardiaques.

Il apparaît évident que des manifestations d'une médecine à deux vitesses se font déjà sentir au Canada. Il suffit de comparer la situation d'un travailleur qui subit une blessure en cours d'emploi et celle de son voisin, qui fait lui aussi partie de la population active, mais se blesse à la maison. Le premier bénéficiera vraisemblablement d'un accès accéléré aux services de traitement et de réadaptation en raison des conventions d'achat que les commissions des accidentés du travail sont en mesure de conclure.

Le consommateur qui souhaite comprendre le fonctionnement du système bénéficie d'un avantage le moment venu d'accéder à des services, ce qui justifie les efforts constants que déploie l'ACC pour faire la promotion de moyens de sensibiliser les consommateurs à leurs droits et à l'exercice de ces derniers dans le système de soins de santé.

En ce qui concerne le financement, nous avons été déçus de constater que le rapport, une fois de plus, propose qu'on étudie le recours à un ticket modérateur comme solution aux problèmes liés au financement — particulièrement à la lumière des études qui ont montré à de nombreuses reprises l'impact négatif qu'une telle mesure aurait sur les aînés économiquement vulnérables et sur les petits salariés en limitant l'utilisation qu'ils feraient de services de santé nécessaires. Jusqu'ici, l'ACC n'a trouvé encore aucune preuve convaincante des avantages du ticket modérateur susceptible de lui faire modifier la position qu'elle maintient depuis longtemps à ce chapitre, à savoir le rejet du recours au ticket modérateur dans le système d'assurance-maladie.



Suggestions in the report that mechanisms are needed to make the individual aware of the cost of their care to medicare are consistent with the proposals of the CAC in the early 1970s that consumers receive statements of expenditures on their behalf by medicare. Such a procedure would also allow the individual to monitor that he has received the services that were billed to medicare, thus providing one measure of accountability for charged items.

The prohibitive cost of implementing such a procedure and the hospital systems' inability to assign individual costs were reasons given at the time for rejecting the proposal. They may still be valid objections if, even in the present computerized systems, the administrative costs remain high in relation to the benefits.

The options that are suggested in the report for reducing drug costs — namely, a national drug formulary, which required use of least-cost therapeutically equivalent effective drugs and maintaining current prohibition of direct-to-consumer advertising of prescription drugs — are all strongly consistent with established CAC policies.

Further suggestions from consumers to reduce the increasing costs of drugs include: Assessment of the cost effectiveness as a component of the new drug approval process; an effective post-market surveillance of drug performances to identify drugs having adverse side effects that require treatment in the emergency room or a visit to a physician or hospitalisation — all of which add cost to the system; expedite the approval process for lower priced bio-equivalent generic drugs to enter the market; and stronger monitoring of advertising of over-the-counter drugs.

With respect to research, consumers recognize the importance of the federal government's role in providing adequate funding for research and its responsibility to regain its position as the dominant funding source for health research to ensure that the research is directed to issues of public interest. Consumers appreciate research that contributes to the reduction of social and economic costs for either the individual or the health care system.

Consumers also see the need for an "awareness campaign to inform Canadians about, for example, genetics research, animal cloning and embryo research," as suggested in the report. It is of utmost concern for consumers that the campaign be undertaken by an unbiased, credible organization that is adequately resourced and accountable for its public funding.

Dans le rapport, on laisse entendre qu'on doit établir des mécanismes de sensibilisation des particuliers au coût de leurs soins pour le régime d'assurance-maladie, ce qui est conforme aux propositions faites par l'ACC au début des années 70, selon lesquelles les consommateurs devraient recevoir un relevé des dépenses effectuées en leur nom par le régime d'assurance-maladie. Une telle procédure permettrait également au particulier de vérifier s'il a bel et bien reçu les services qui ont été facturés au régime, à telle enseigne que les soins facturés seraient justifiés.

On a invoqué le coût prohibitif de la mise en œuvre d'une telle procédure et l'incapacité des réseaux hospitaliers d'assigner des coûts individuels pour rejeter la proposition. Ces objections demeurent peut-être valables si, malgré l'informatisation des systèmes, les frais administratifs demeurent élevés par rapport aux avantages.

Les options avancées dans le rapport pour favoriser la réduction du coût des médicaments, nommément, un formulaire national des médicaments, prescrivant l'utilisation de médicaments efficaces aux effets thérapeutiques équivalents proposés à moindre coût et le maintien de l'interdiction de la publicité auprès des consommateurs des médicaments d'ordonnance — sont tout à fait conformes aux politiques traditionnelles de l'ACC.

Parmi les autres suggestions faites par les consommateurs pour réduire les coûts sans cesse croissants des médicaments, citons l'évaluation de la rentabilité dans le cadre de la procédure d'homologation de nouveaux médicaments, une surveillance efficace des médicaments après leur mise en marché pour déterminer ceux qui ont des effets secondaires tels qu'ils exigent des traitements en salle d'urgence, des visites chez le médecin ou des hospitalisations — autant de facteurs qui entraînent des coûts pour le système, l'accélération du mécanisme d'approbation des médicaments génériques bioéquivalents à prix moins élevés et le contrôle plus rigoureux de la publicité des médicaments en vente libre.

En ce qui concerne la recherche, les consommateurs sont conscients de l'importance du rôle que le gouvernement fédéral joue au chapitre du financement adéquat de la recherche de même que de l'obligation qu'il a de réaffirmer sa position à titre de principal bailleur de fonds pour la recherche en santé. Il sera ainsi en mesure de veiller à ce que la recherche soit menée dans les domaines d'intérêt public. Les consommateurs prisent la recherche qui contribue à la réduction des coûts socio-économiques pour les particuliers tout autant que pour le système de soins de santé.

Les consommateurs estiment également qu'on doit mener une campagne de sensibilisation des Canadiens à la recherche en génétique, au clonage animal et à la recherche sur les embryons, par exemple, ainsi qu'on le propose dans le rapport. Les consommateurs jugent qu'il est de la plus haute importance que la campagne soit menée par un organisme objectif et crédible doté de ressources adéquates et tenu de justifier l'utilisation des deniers publics.

CAC has long contended that consumers need to be fully informed to participate in their decision-making on health issues affecting them individually or collectively.

Thank you for your attention, and we look forward to discussing these issues with you.

**Dr. Joseph Chan, President, Ontario Association of Optometrists:** Madam chair, senators, on behalf of the Ontario Association of Optometrists, I extend our deepest gratitude for this opportunity to speak to you today.

We are pleased to be able to offer you our perspective on this national debate on health care delivery in Canada.

The Ontario Association of Optometrists, OAO, is a professional association representing the over 1,000 optometrists who practice in Ontario. Optometrists are widely regarded as the primary eye care provider in this province. In this position, we have a unique perspective on eye and vision care delivery in Ontario.

In our presentation today, I hope to touch on several key issues discussed in Volume 4 of your committee's report, which have particular significance for optometrists and the patients that we serve.

The OAO joins the committee in their support of the patient-oriented principles espoused in the Canada Health Act, namely, universality, accessibility, comprehensiveness and portability.

We also support the concept of a patient "bill of rights" to further define these values. Notwithstanding our support for these principles, we believe that changes are both necessary and possible within this framework.

We strongly agree with the suggestion put forward by the 1997 National Forum on Health that said "public coverage should be refocused to follow the care and not the site." To this, we would add that public coverage should be focussed on the service, not on the provider.

The OAO believes that the current statutory provisions in the Canada Health Act are obstacles to the use of non-physician services by virtue of their exclusion. In other words, funding seems biased towards physicians and hospitals.

We would support amending the Canada Health Act to redefine "medically necessary" services to include those services deemed necessary for the continued or improved health of the patient, regardless of the provider.

With respect to primary eye care, inter-provincial differences in the coverage of optometric diagnostic services have led to limitations in patient access to optometric care. Certain provinces do not have coverage for all medically necessary services provided by optometrists. Instead, patients are channelled to

L'ACC soutient depuis longtemps que les consommateurs doivent être bien éclairés pour pouvoir participer à la prise de décisions sur les questions liées à la santé qui les concernent à titre personnel ou collectif.

Je vous remercie de votre attention, et nous sommes impatients de débattre de ces questions avec vous.

**Le Dr Joseph Chan, président, Ontario Association of Optometrists:** Madame la présidente, sénateurs, je tiens, au nom de l'Ontario Association of Optometrists, à vous manifester notre profonde reconnaissance pour l'occasion qui nous est donnée de comparaître devant vous aujourd'hui.

Nous sommes heureux de vous faire part de notre point de vue sur le débat national pour la prestation des soins de santé au Canada.

L'Ontario Association of Optometrists (OAO) est une association professionnelle qui représente les plus de 1 000 optométristes qui exercent leur profession en Ontario. De façon générale, on considère les optométristes comme les principaux fournisseurs de soins oculaires dans la province. À ce titre, nous avons des perspectives uniques sur la prestation des soins oculaires et de la vue en Ontario.

Dans notre exposé d'aujourd'hui, j'espère aborder quelques enjeux clés analysés dans le volume 4 du rapport de votre comité, qui revêt une importance toute particulière pour les optométristes et leurs patients.

L'OAO se joint au comité pour soutenir les principes axés sur les patients définis dans la Loi canadienne sur la santé, notamment l'universalité, l'accessibilité, l'intégralité et la transférabilité.

Nous sommes également favorables à l'idée d'une «charte des droits» des patients dans laquelle ces valeurs seraient mieux articulées. Bien que nous soyons favorables à ces principes, nous pensons que, dans ce cadre, des changements sont nécessaires et possibles.

Nous sommes tout à fait d'accord avec la proposition faite par le Forum national sur la santé de 1997, soit que le régime public soit réorienté en fonction des soins et non pas du lieu. À cela, nous aimerions ajouter que le régime public devrait être axé sur les services, et non sur les fournisseurs.

L'OAO est d'avis que les dispositions législatives actuelles de la Loi canadienne sur la santé font obstacle à l'utilisation de services dispensés par des non-médecins, en raison de l'exclusion de ces derniers. En d'autres termes, le financement semble biaisé au profit des médecins et des hôpitaux.

Nous serions favorables à la modification de la définition des services «médicalement nécessaires» au sens de la Loi canadienne sur la santé, de manière qu'elle s'applique aux services jugés nécessaires à l'amélioration ou au maintien de la santé du patient, et indépendamment du fournisseur.

En ce qui concerne les soins oculaires primaires, les écarts entre provinces au titre de l'assurance des services de diagnostic offerts par des optométristes ont eu pour effet de freiner l'accès des patients aux soins optométriques. Dans certaines provinces, on n'assure pas tous les services médicalement nécessaires offerts par



utilize insured specialists and institutions for the delivery of primary eye care services, which could have been provided more cost effectively, more locally and usually more quickly by optometrists.

Optometrists are more widely distributed geographically and have the appropriate training, equipment and experience to provide these health necessary services. Having optometrists provide the insured services would ease the burden that is now being placed on emergency rooms, ophthalmologists and family physicians, and on the patients themselves who have to travel or wait in discomfort to obtain the service from an insured provider.

In your most recent report, you recognize that health services are often not coordinated, nor are they provided by the most appropriate practitioner. The knowledge and skills of many practitioners are not being fully utilized. This is particularly true for optometrists.

For example, the ability of optometrists to prescribe drugs for the treatment of eye disease is not equal in all provinces and territories. Although optometrists are fully trained in pharmacology and in the appropriate use of therapeutic medications for treatment of eye disease, only five provinces and one territory have currently authorized optometrists to provide these services.

The four patient-oriented principles articulated by this committee are compromised in the more restrictive provinces — including Ontario — since patients do not have access to the same level of care. In Ontario, patients get a referral to obtain a written prescription, resulting in extra expense to the system and delays in treatment.

For the most effective use of resources, each health care provider should be permitted to work at his or her highest level of recognized professional training. We encourage the Senate to make it a priority to encourage provincial governments to enact the necessary changes so that practitioners can provide their full scope of practice.

In addition, the OAO supports the committee's suggestion that there be a move away from the hierarchical structure that exists and move towards the "spectrum" approach where all health care providers are recognized for their strengths and more properly valued and deployed. Coupled with this, the OAO believes that long-term health resource planning needs to be undertaken on a national level with global consideration.

With regard to future planning for health care delivery, we support the Senate committee's concept of primary care reform. The reform will embody the following principles: it is coordinated; accessible to all consumers; is provided by health care professionals who has the right skills to meet the needs individuals and the communities being served; and is accountable to the local citizens through community governance.

des optométristes. À leur place, on oriente les patients vers des établissements et des spécialistes assurés aux fins de la prestation de services oculaires primaires qui auraient pu être offerts de façon plus efficiente, de façon plus locale et habituellement de façon plus rapide par des optométristes.

Mieux répartis sur le territoire géographique, les optométristes bénéficient de la formation, de l'expérience et du matériel voulus pour assurer ces services de santé nécessaires. En permettant aux optométristes de fournir des services assurés, on allégerait le fardeau qu'assument aujourd'hui les salles d'urgence, les ophtalmologistes et les médecins de famille, sans parler des patients qui doivent se déplacer et attendre dans l'inconfort la prestation des services par un fournisseur assuré.

Dans votre plus récent rapport, vous avez admis qu'il arrive souvent que les services de santé ne soient pas coordonnés et qu'ils ne soient pas offerts par le praticien le plus approprié. On n'utilise pas pleinement les connaissances et les compétences de nombreux praticiens, en particulier les optométristes.

À titre d'exemple, le droit des optométristes de prescrire des médicaments pour le traitement de maladies de l'oeil varie selon les provinces et les territoires. Bien que les optométristes bénéficient d'une formation complète dans les domaines de la pharmacologie et de l'utilisation adéquate des médicaments pour le traitement des maladies oculaires, seulement cinq provinces et un territoire les autorisent aujourd'hui à fournir de tels services.

Les quatre principes axés sur les patients définis par le comité sont compromis dans les provinces qui imposent les attributions les plus sévères — notamment l'Ontario —, puisque les patients n'ont pas accès au même niveau de soins. En Ontario, les optométristes doivent aiguiller les patients vers un médecin qui leur remettra une ordonnance, ce qui entraîne des dépenses additionnelles pour le système et des retards dans le traitement.

Pour assurer l'utilisation la plus efficace possible des ressources, on devrait permettre à tous les professionnels de la santé d'exploiter pleinement leur formation professionnelle reconnue. Nous encourageons le Sénat à faire une priorité d'inciter les gouvernements provinciaux à adopter les modifications nécessaires pour que les praticiens en question puissent offrir l'éventail complet de services qu'ils sont habilités à offrir.

En outre, l'OAO est d'accord avec la proposition du comité selon laquelle on devrait s'éloigner de la structure hiérarchique existante pour s'orienter vers une approche de type «spectral», en vertu de laquelle tous les fournisseurs de services de santé sont reconnus pour leurs points forts, mieux déployés et plus adéquatement valorisés. Par ailleurs, l'OAO est d'avis qu'on doit entreprendre une planification à long terme des ressources en santé au niveau national, dans une perspective globale.

En ce qui concerne la planification future des soins de santé, nous sommes d'accord avec la notion de réforme des soins primaires avancée par le comité. La réforme s'appuiera sur les principes suivants: les soins sont concertés, accessibles à tous les consommateurs et offerts par des professionnels de la santé qui possèdent les compétences voulues pour répondre aux besoins des particuliers et des collectivités. En outre, on rendra des comptes

As we move forward on these reforms, though, it is important to ensure that health care providers are paid fairly for their efforts. While funding may be rationalized, efficiencies should not be achieved at the providers' expense. Adequate funding is critical to sustain the system and to encourage the graduation and retention of new practitioners to our country.

The OAO also recognizes the unique challenges related to providing health care to our Aboriginal population. This group is particularly at risk for many sight-threatening eye diseases, such as diabetic retinopathy.

The OAO recognizes that there is an unmet need for services and is prepared to work with the population health strategies aimed at providing a more multidisciplinary coordinated approach to reach this group.

In summary, the OAO has made eight recommendations. First, that the services, not providers or locations be funded. Second, that bias in the definitions of insured services, which restrict accessibility, be removed. Third, that all barriers to creative and efficient delivery of health services be removed. Fourth, that the use of non-physician health care providers be encouraged, particularly where it can be shown to be cost effective and such action would enhance accessibility and reduce waiting times. Fifth, that the knowledge and skills of health care providers be fully utilized. Sixth, that a "spectrum" approach to health human resources planning be adopted. Seventh, that primary care reform includes the coordination and integration of non-physician providers, and finally, that the federal government has an obligation to increase funding for, and coordinate the delivery of, eye care services to Aboriginal people in Canada.

Thank you for this opportunity to share our thoughts on these important issues.

Your committee has an enormous task, but by facilitating this meaningful discussion on health care in Canada, your efforts can already be considered a success.

**The Deputy Chairman:** I would like to clarify one point Ms Jones. We are not suggesting user fees in this committee. User fees were on the table as a consideration. I just did not want the record to suggest that we were suggesting user fees as a committee. We are not.

We cannot address this issue without putting everything on the table for discussion, and that is how we approached it

aux citoyens locaux par le truchement de la gouvernance communautaire.

Dans la mise en oeuvre de ces réformes, cependant, on devra s'assurer que les efforts des fournisseurs de services de santé sont adéquatement rétribués. Si le financement peut être rationalisé, on ne devrait pas parvenir à des gains d'efficience au détriment des fournisseurs. On doit miser sur un financement adéquat pour soutenir le système, encourager la poursuite d'études et retenir les nouveaux praticiens au pays.

L'OAO admet également les défis uniques liés à la prestation de soins de santé à la population autochtone. Relativement à bon nombre de maladies oculaires qui menacent la vue, par exemple la rétinopathie diabétique, il s'agit d'un groupe particulièrement à risque.

Consciente de l'existence d'un besoin en services non satisfait, l'OAO est disposée à travailler à la mise en place de stratégies relatives à la santé de cette population ayant pour but l'établissement d'une approche plus multidisciplinaire et mieux concertée pour joindre les membres de ce groupe.

En résumé, l'OAO a formulé huit recommandations. Premièrement, on devrait financer les services, et non les fournisseurs ni les lieux. Deuxièmement, on devrait supprimer les aspects partiels des définitions de services assurés, lesquels ont pour effet de restreindre l'accessibilité. Troisièmement, on devrait supprimer tous les obstacles à la prestation créative et efficiente de services de santé. Quatrièmement, on devrait encourager le recours à des fournisseurs de soins de santé autres que des médecins, notamment lorsqu'il est établi que de telles mesures seraient rentables et amélioreraient l'accessibilité tout en réduisant les listes d'attente. Cinquièmement, on devrait exploiter pleinement les connaissances et les compétences des fournisseurs de soins de santé. Sixièmement, on devrait adopter une approche de type «spectrale» de la planification des ressources humaines en santé. Septièmement, la réforme des soins primaires devrait comprendre la coordination et l'intégration des fournisseurs autres que les médecins. Enfin, le gouvernement fédéral a l'obligation d'accroître le financement des soins oculaires aux Autochtones du Canada et d'en coordonner la prestation.

Je vous remercie de l'occasion que vous m'avez donnée de vous faire part de nos réflexions sur ces questions importantes.

Votre comité s'est attelé à une tâche énorme, mais on doit déjà considérer vos efforts, dans la mesure où ils favorisent un débat utile sur les soins de santé au Canada, comme une réussite.

**La vice-présidente:** Madame Jones, j'aimerais clarifier un point. Le comité ne propose pas l'imposition d'un ticket modérateur. On a étudié le ticket modérateur dans le cadre de nos délibérations. Je tenais simplement à préciser aux fins du compte rendu que le comité ne propose pas le recours au ticket modérateur. Ce n'est pas le cas.

Nous ne pouvions pas aborder la question sans tout mettre sur la table à des fins de discussion, et c'est ainsi que nous avons procédé



**Senator Callbeck:** Dr. Chan, you mentioned that in five provinces optometrists can write prescriptions. What is the reason given in the other provinces why they cannot?

**Dr. Chan:** At this particular point, just for information, all U.S. States also allow optometrists to provide prescriptions.

In many of the other provinces, this movement towards authorizing optometrists to write prescriptions has only occurred in the last three to five years.

Currently, in Ontario the Ontario Association of Optometrists has a proposal in front of the government, and we are moving forward with the Ministry of Health to try to allow that to happen in Ontario as well.

I do not think there is any specific reason why it has not occurred. I think it is partially due to the political process in each of the provinces.

**Senator Callbeck:** What are the five provinces?

**Dr. Chan:** The five provinces are Alberta, Saskatchewan, Quebec, New Brunswick and Nova Scotia, and the one territory is the Yukon.

**Senator Callbeck:** I have a couple things marked here on the Consumers' Association of Canada brief.

You mentioned about the workers getting preferred treatment under the Workers' Compensation Board. I take it you do not agree with that?

**Ms Jones:** Well, it is a little hard for us to understand. If the goal is to get the worker back to work as soon as possible, why is the worker who is injured at home not eligible for the same care as the worker with a similar injury because he is at work? There seems to be a disparity there when we claim that equity in the health care system is one of the fundamental principles.

**Senator Callbeck:** I do not disagree with you. I just wanted to confirm your position.

You also suggested that consumers receive statements of expenditure on behalf of medicare. Do you have any evidence of where this has been done that it has really been beneficial to do so?

**Ms Jones:** I cannot. I am trying to think back to the 1970s when we were preparing our proposals, whether we had any examples then or not. Mr. Fruitman is telling me that apparently there is some reporting of this in Alberta, but I think that is quite recent.

**Senator Callbeck:** I believe that Saskatchewan did it at one time. I do not know why they did not continue it.

**Ms Jones:** That was my impression about the Alberta situation also — that it had been discontinued because the high administrative costs are a consideration.

**Le sénateur Callbeck:** Docteur Chan, vous avez déclaré que, dans cinq provinces, les optométristes pouvaient prescrire des médicaments. Quelle raison les provinces qui l'interdisent invoquent-elles?

**Le Dr Chan:** À ce propos, je profite de l'occasion pour préciser, à titre d'information, que tous les États des États-Unis autorisent également les optométristes à prescrire des médicaments.

Dans bon nombre des autres provinces, le mouvement en faveur de l'habilitation des optométristes à prescrire des médicaments ne remonte qu'aux trois à cinq dernières années.

À l'heure actuelle, en Ontario, l'Ontario Association of Optometrists a soumis une proposition au gouvernement, et nous travaillons de concert avec le ministère de la Santé dans l'espoir que l'Ontario emboîte le pas aux autres provinces.

Je ne crois pas qu'il y ait de raison précise qui explique la situation actuelle. Je pense qu'on peut l'imputer en partie au processus politique dans chacune des provinces.

**Le sénateur Callbeck:** Quelles sont les cinq provinces en question?

**Le Dr Chan:** L'Alberta, la Saskatchewan, le Québec, le Nouveau-Brunswick et la Nouvelle-Écosse; quant au territoire, il s'agit du Yukon.

**Le sénateur Callbeck:** J'ai noté deux ou trois choses dans le mémoire de l'Association des consommateurs du Canada.

Vous avez dit que les travailleurs bénéficient d'un traitement préférentiel grâce à la Commission des accidents du travail. Dois-je comprendre que vous n'êtes pas d'accord?

**Mme Jones:** Eh bien, nous avons un peu de mal à comprendre. Si l'objectif consiste à permettre au travailleur de réintégrer le marché du travail le plus rapidement possible, pourquoi le travailleur qui se blesse à la maison n'est-il pas admissible aux mêmes soins que celui qui subit une blessure analogue au travail? Comme nous prétendons que l'équité du système des soins de santé est l'un des principes fondamentaux, la situation nous apparaît comme une anomalie.

**Le sénateur Callbeck:** Je ne suis pas en désaccord avec vous. Je tenais simplement à confirmer votre position.

Vous avez également proposé que les consommateurs reçoivent un état des dépenses effectuées en leur nom par le régime d'assurance-maladie. Savez-vous si l'expérience a été tentée ailleurs et si elle a donné de bons résultats?

**Mme Jones:** Non. J'essaie de me reporter aux années 70, époque à laquelle nous avons préparé nos propositions, et de me souvenir si nous nous étions ou non appuyés sur des exemples. M. Fruitman me dit qu'on dispose peut-être de données de ce genre en Alberta, mais je pense que c'est relativement récent.

**Le sénateur Callbeck:** Je pense que la Saskatchewan l'a fait à une certaine époque. J'ignore pourquoi elle n'a pas continué.

**Mme Jones:** C'est l'impression que j'avais au sujet de l'Alberta aussi — qu'on avait renoncé en raison des frais d'administration élevés.

**Senator Callbeck:** With respect to suggestions from consumers to reduce increasing costs of drugs, one of the things you say here is "stronger monitoring of advertising over-the-counter drugs." Would you please elaborate on that?

**Ms Jones:** That there be clear indication of potential side effects in relation to the over-the-counter drugs, because when consumers are taking over-the-counter drugs, they do not have the benefit of the professional advising them. Therefore, the information has to be all there.

In a review of advertising, we found an imbalance between the claims of efficacy and the reporting of possible side effects as well as alerting consumers to the adverse consequences of the medication if it is taken with certain other medications.

There has been a long effort on the part of CAC to get full, informative labelling on OTC drugs.

**Senator Callbeck:** In other words, you feel that in certain situations, if consumers had the proper information, they would not be buying the drug and that would reduce the cost of drugs?

**Ms Jones:** Right. In addition, as we mentioned earlier, adverse side effects could mean a costly hospitalization and, at a minimum, a pretty miserable feeling consumer.

**The Deputy Chairman:** I have a quick supplementary to Senator Callbeck in regard to a point on which we heard testimony earlier today.

Has the Consumers' Association of Canada actually looked at this notion of consumers receiving statements of expenditures in view of the new technologies? We can get gas bills now and bills that are itemized and broken down, and I am just wondering if the Consumers' Association has taken a look at that again?

**Ms Jones:** Well, we have not again, but that is why we are rather tentative in promoting the idea that this could be an answer.

I believe that, had it been introduced back when we were suggesting it in the 1970s, the system would have adapted to that and it would no longer be a costly administrative problem. It should be explored again.

**The Deputy Chairman:** The assumption appears to be that because it did not appear to work then that it would not work now. I do not think that is a proper assumption.

**Ms Jones:** No. We are suggesting is that there needs to be reconsideration in view of the computerized systems.

**The Deputy Chairman:** It would also inform the public that health care is not free.

**Le sénateur Callbeck:** En ce qui concerne les propositions faites par les consommateurs pour réduire les coûts croissants des médicaments, vous avez fait notamment allusion à un contrôle plus sévère de la publicité sur les médicaments en vente libre. Pourriez-vous nous donner plus de détails à ce sujet?

**Mme Jones:** Il faudrait qu'on précise de façon plus claire les effets secondaires éventuels des médicaments en vente libre parce que, lorsque les consommateurs prennent de tels médicaments, ils n'ont pas le bénéfice d'un professionnel qui les conseille. On va donc leur fournir tous les renseignements pertinents.

Dans un examen de la publicité, nous avons constaté un déséquilibre entre les promesses de l'efficacité et la présentation des effets secondaires possibles et de la mise en garde des consommateurs contre les conséquences nuisibles du médicament s'il est pris de concert avec d'autres.

Depuis longtemps, l'ACC s'efforce d'obtenir que les médicaments en vente libre soient assortis d'étiquettes complètes et éclairantes.

**Le sénateur Callbeck:** En d'autres termes, vous avez le sentiment que, dans certains cas, les consommateurs, s'ils étaient informés adéquatement, n'achèteraient pas les médicaments en question, ce qui entraînerait une réduction du coût des médicaments?

**Mme Jones:** Exactement. De plus, comme nous l'avons déjà indiqué, il arrive que les effets secondaires nuisibles entraînent des hospitalisations coûteuses et, à tout le moins, un consommateur qui se sent fort mal.

**La vice-présidente:** Je veux poser une brève question supplémentaire en rapport avec un point soulevé par le sénateur Callbeck relativement au témoignage que nous avons entendu plus tôt aujourd'hui.

L'Association des consommateurs du Canada s'est-elle intéressée de près à l'idée que les consommateurs reçoivent des états des dépenses dans le contexte des nouvelles technologies? Pour le gaz, nous obtenons des relevés détaillés et ventilés, et je me demandais simplement si l'association était revenue sur cette question?

**Mme Jones:** Non, pas encore, mais c'est ce qui explique que l'on fasse preuve de prudence dans la promotion de cette idée à titre de solution possible.

Si on avait adopté le principe au moment où nous l'avons proposé dans les années 70, le système, je crois, se serait adapté, et le problème des frais d'administration élevés ne se poserait plus. On devrait étudier la question plus à fond.

**La vice-présidente:** On semble postuler que le système, parce qu'il n'aurait pas fonctionné à l'époque, ne fonctionnerait pas aujourd'hui. Je n'ai pas l'impression qu'il s'agisse d'un postulat fondé.

**Mme Jones:** Non. Ce que nous disons, c'est qu'il faudrait revenir sur la proposition dans le contexte des systèmes informatisés.

**La vice-présidente:** Ainsi, les citoyens sauraient que les soins de santé ne sont pas gratuits.



**Ms Jones:** That is one important aspect. As well, the benefits payer could be certain that the service for which a reimbursement is requested has been provided.

There is the recent situation in Ontario where the consumer had great difficulty in conveying that the physician had billed for services extensively that he had not received.

**The Deputy Chairman:** Exactly, thank you.

**Senator Robertson:** With respect to your concern about the improper use of drugs, I expect that re-emphasizes the importance of moving to an interdisciplinary approach to the consumer.

It would seem that the pharmacist is probably one of the most important keys to giving advice about medications. It appears that many medical doctors — especially the family doctors — do not seem to have the time to explain the side effects. I think we will have to look at that very carefully.

I would like to move to another concern that some of us have had for some time. Has your Consumers' Association done an appraisal at any time about the quality of assessment of new pharmaceuticals by the Department of Health? There seems to be a lengthy period in comparison to some other jurisdictions, that the approval of some of these drugs is done in a circuitous manner, although we certainly want to make sure it is done well.

From time to time there seems to be evidence that perhaps that division of the Department of Health needs a little shaking down — not for speed, in particular, but for the type of testing that they do.

It is difficult, we know, to keep up with the most up-to-date developments in the testing and in the approval of drugs. I am not sure if those departmental people have the opportunity for continual additional training to maintain a level of confidence that the Canadian people demand.

**Ms Jones:** The Consumers' Association of Canada has not done a particular study on that, however we were engaged when there were hearings on the transition process and the changes within the former Health Protection Branch.

We got a reading from consumers at that point that there was lack of confidence. I think it is time again to review whether the changes and the increased resources to the assessment program have really made a difference.

The most impressive finding that we heard from consumers at that time was the lack of confidence. The CAC has taken the position that the emphasis within the assessment process should be on safety, not on expediting the approval. We are aware that there are consumer groups with specific diagnostic problems that are pressing hard for early approval of new drugs. However, our

**Mme Jones:** C'est l'un des aspects importants. De la même façon, l'organisme qui assume les coûts des prestations aurait l'assurance que les services à l'égard desquels un remboursement est demandé ont bel et bien été fournis.

Récemment, un consommateur ontarien a éprouvé de grandes difficultés à faire comprendre que le médecin avait facturé des services poussés qu'il n'avait pas reçus.

**La vice-présidente:** Exactement. Je vous remercie.

**Le sénateur Robertson:** En ce qui concerne vos préoccupations touchant l'utilisation inadéquate des médicaments, je pense qu'on peut y voir une preuve de plus de l'importance que revêt l'adoption d'une approche interdisciplinaire du consommateur.

On peut penser que le pharmacien est le mieux placé pour fournir d'importants conseils au sujet des médicaments. Par ailleurs, il semble que bon nombre de médecins — en particulier les médecins de famille — n'ont pas le temps d'expliquer les effets secondaires. Je pense que nous allons devoir étudier cette question avec le plus grand soin.

J'aimerais maintenant passer à une autre préoccupation que certains d'entre nous nourrissons depuis un certain temps. Votre association a-t-elle déjà mesuré la qualité de l'évaluation des nouveaux médicaments que fait le ministère de la Santé? Par rapport à d'autres administrations, il semble bien que le processus soit long et que l'homologation de certains de ces produits se fasse de façon alambiquée, même si nous tenons, c'est certain, à ce que le travail soit bien fait.

De temps à autre, les données laissent entendre que cette division du ministère de la Santé doit être secouée — pas pour la rapidité d'exécution en particulier, mais plutôt pour le genre d'essai qu'elle effectue.

Il est difficile, nous le savons, de se tenir au courant des percées les plus récentes dans le domaine des essais et de l'homologation des médicaments. J'ignore si les fonctionnaires concernés ont la possibilité de suivre des cours de formation permanente additionnels pour assurer aux Canadiens le niveau de confiance qu'ils exigent.

**Mme Jones:** L'Association des consommateurs du Canada n'a pas réalisé d'études portant particulièrement sur cette question. Cependant, nous avons été associés aux audiences sur le processus de transition et les modifications apportées à l'ancienne Direction générale de la protection de la santé.

À la lumière des commentaires issus des consommateurs, nous avons eu l'impression que la confiance n'était pas au rendez-vous. Je pense que le moment est une fois de plus venu de déterminer si les modifications apportées et les ressources accrues allouées au programme d'évaluation ont fait bouger les choses.

L'absence de confiance a été le résultat le plus impressionnant des consultations menées auprès des consommateurs. L'ACC a pour sa part soutenu que le processus d'évaluation devait porter principalement sur la sécurité, et non sur l'accélération de la procédure d'homologation. Nous savons qu'il existe des groupes de consommateurs aux prises avec des problèmes diagnostics

approach has been that we cannot sacrifice safety for the speed in approval.

There is also considerable awareness by consumers that the faster the new drug is on the market, the more profits for the pharmaceutical company. They are also aware that this can be added cost to the system.

We need to have close assessment that the effectiveness of the new drug surpasses that of the similar type drugs that are on the market, because in too many instances consumers in Canada are paying for their drugs out of their own pocket. They are very aware of those costs; that is why we have so many suggestions on how to reduce them.

**Senator Robertson:** If we could move to a decent pharmacare program so that the consumer would not be hit with these excessive costs, and if we could move to coverage for community and home care rather than in the hotel-type hospital, it would make a significant difference.

Do you believe we could do that within the existing framework of the Canada Health Act? How do we pay for it?

Do you believe we could make sufficient savings by better design delivery to help pay for those programs? Or do you believe that Canadians would have to come around to some form of — I do not like the word "user fees" — a participatory process for certain levels of income?

Our governments are saying they have no more money and that they cannot increase dramatically to the system. I suppose a problem for us to address is whether we can get sufficient savings by doing things differently now or would we have to go to some other means — a blend of something else?

**Ms Jones:** We might question how you could determine that until you have tried

It would put a much heavier responsibility on the drug assessment system so that we were sure that it was operating effectively. That is really the rationale behind our suggestion that the cost effectiveness of the introduction of new drugs be part of the assessment program. It is not now. Australia had it for a time — with great opposition.

We have indicated our concern that there would be heavy cost implications by doing it. However, we also see the importance of health promotion and health prevention in reducing costs in the long term. Those areas have been cut back the most and are always the areas that are cut back when there are any constraints on the system.

précis qui militent en faveur d'une homologation plus rapide des nouveaux médicaments. Cependant, nous nous sommes dits d'avis qu'il ne fallait pas sacrifier l'innocuité au profit de la rapidité de la procédure d'homologation.

Les consommateurs sont tout à fait conscients du fait que la mise en marché rapide des nouveaux médicaments permet aux compagnies pharmaceutiques d'engranger plus de profits. Ils savent également qu'une telle situation entraîne des coûts additionnels pour le système.

Nous devons nous demander si l'efficacité des nouveaux médicaments surpasse celle de médicaments analogues déjà en vente parce que, trop souvent, ce sont les consommateurs canadiens qui assument eux-mêmes le coût de leurs médicaments. Ils sont très conscients des coûts; c'est pourquoi nous formulons de si nombreuses propositions visant la réduction des coûts.

**Le sénateur Robertson:** Si nous pouvions nous orienter vers un programme d'assurance-médicaments décent qui éviterait aux consommateurs d'assumer des coûts excessifs et obtenir l'assurance des soins communautaires et des soins à domicile plutôt que de ceux qui sont dispensés dans des hôpitaux de type hôtelier, on contribuerait à faire bouger les choses.

Croyez-vous que nous pourrions le faire dans le cadre actuel de la Loi canadienne sur la santé? Comment pourrions-nous assumer les coûts d'un tel changement?

Pensez-vous que nous pourrions réaliser des économies suffisantes pour faire les frais de ces programmes en perfectionnant la prestation des soins? Pensez-vous au contraire que les Canadiens devront se résigner à une forme de — je n'aime pas l'expression «ticket modérateur» — mécanisme de participation, du moins à partir de certains seuils de revenu?

Nos gouvernements nous disent qu'ils n'ont plus d'argent et qu'ils ne peuvent pas investir massivement dans le système. L'un des problèmes auxquels nous sommes confrontés consiste, je suppose, à voir si nous pouvons réaliser des économies suffisantes en faisant les choses autrement ou si nous devons faire appel à d'autres moyens — un mélange d'autres solutions.

**Mme Jones:** Nous répondrions qu'il est difficile de le déterminer avant d'avoir mis les solutions à l'essai.

Dans ce contexte, le régime d'évaluation des médicaments devrait assumer des responsabilités beaucoup plus lourdes, de sorte que nous puissions nous assurer de son fonctionnement efficace. C'est la justification de la proposition que nous avons faite d'intégrer la rentabilité du mécanisme d'introduction de nouveaux médicaments au programme d'évaluation. Ce n'est pas le cas maintenant. L'Australie a agi de la sorte pendant un certain temps — ce qui a suscité une vive opposition.

Nous avons dit craindre qu'une telle mesure n'entraîne d'importantes répercussions sur les coûts. Cependant, nous constatons aussi l'importance que revêtent la promotion et la prévention de la santé pour la réduction des coûts à long terme. Ce sont ces domaines qui ont subi les compressions les plus draconiennes, et c'est toujours à eux que l'on songe le moment venu de sabrer en raison d'autres contraintes subies par le système.



There is evidence now that the older population is going to be healthier in the future, and I think that has relieved people of some of the concern of that high cost down the road. I think the health promotion in promoting self-care could be very effective as a cost-reduction technique.

**Senator Robertson:** Well, thank you. I shall not go further with this.

Dr. Chan, thank you for coming. You have five provinces under your belt now, so good luck with the rest of them, and may we have more acceptance of other professions in the health system. Thank you for coming.

**Senator Cordy:** I would like to talk about the issue of pharmacare and pharmaceuticals.

Has the Consumers' Association done any work in terms of the amount of money that pharmaceuticals spend on marketing? In your brief you talked about maintaining restrictions on direct-to-consumer advertising, but the reality is that with television — particularly in the American channels — Canadians are receiving direct-to-consumer advertising by the pharmaceuticals.

In addition, I have a number of who are in the pharmaceutical industry and there is — it certainly appears to me as an outsider — a tremendous amount of money spent by the pharmaceuticals in direct marketing to the health care professions. I am talking marketing in terms of trips, golf, and that type of thing.

Have you done any work in that area?

**Ms Jones:** We have not, but I recently saw a report from the Families USA, a health consumer advocacy group in Washington, and they identified that the pharmaceutical companies spend twice as much on marketing and promotion than on all of the research that they sponsor.

We are dependent on the research findings of other consumer groups, and that has been reported in other places as well. It was just this very recent report that I read that immediately came to mind.

There are concerns relating to any changes to our policy on the prohibition of direct-to-consumer advertising. We see that as adding tremendous cost to the system. I know of another finding on the U.S. system — about four years ago in 1997. After they allowed direct-to-consumer advertising, the pharmaceutical companies were spending more on advertising to consumers than to the health professionals. That is pretty scary, considering how much they have spent on that.

Indeed, we see the television advertising from the U.S. as a real deterrent to the consumers' evaluation of the drugs. We do know that that promotion has prompted consumers to ask their

Selon les données dont on dispose, il apparaît maintenant que les personnes âgées seront à l'avenir en meilleure santé et je pense que cette constatation a atténué un certain nombre d'inquiétudes relatives aux coûts qui nous attendent. Je pense que la promotion de la santé comme outil d'autogestion de la santé, constituerait un moyen de réduction des coûts très efficace.

**Le sénateur Robertson:** Eh bien, je vous remercie. Je n'irai pas plus loin à ce sujet.

Docteur Chan, merci d'être venu. Vous avez maintenant cinq provinces à bord. Je vous souhaite la meilleure des chances pour les autres. J'espère aussi que les autres professions du système de santé seront un jour mieux acceptées. Merci encore.

**Le sénateur Cordy:** J'aimerais aborder la question de l'assurance-médicaments et des médicaments.

L'Association des consommateurs du Canada a-t-elle étudié les sommes que les compagnies pharmaceutiques consacrent au marketing? Dans votre mémoire, vous plaidez en faveur du maintien des restrictions imposées à la publicité directe auprès des consommateurs, mais les Canadiens sont, par l'entremise de la télévision — en particulier les chaînes américaines — exposés à la publicité directe des compagnies pharmaceutiques.

En outre, j'ai un chiffre qui m'a été fourni par des représentants de l'industrie pharmaceutique. À mes yeux de profane, il s'agit à coup sûr d'une somme astronomique que les entreprises pharmaceutiques investissent dans le marketing direct auprès des professionnels de la santé. Je fais référence au marketing qui prend la forme de voyages, de tournois de golf et d'autres activités de ce genre.

Avez-vous effectué du travail dans ce domaine?

**Mme Jones:** Non, mais j'ai récemment vu un rapport publié par Families USA, groupe de défense des consommateurs de services de santé établi à Washington. Selon ce rapport, les compagnies pharmaceutiques dépensent deux fois plus en marketing et en promotion que dans la recherche qu'elles parrainent.

Nous sommes tributaires des résultats de recherche d'autres groupes de consommateurs, et de tels résultats ont également été publiés ailleurs. Il s'agit simplement d'un rapport très récent que j'ai lu et qui m'est immédiatement venu à l'esprit.

Toute modification de notre politique relative à l'interdiction de la publicité directe auprès des consommateurs suscite des inquiétudes. Nous pensons que de telles modifications entraîneraient des coûts formidables pour le système. J'ai en tête les résultats d'une autre étude consacrée au système des États-Unis — il y a environ quatre ans, soit en 1997. Une fois autorisée la publicité directe auprès des consommateurs, les compagnies pharmaceutiques se sont mises à dépenser davantage au titre de la publicité auprès des consommateurs qu'à celui de la publicité auprès des professionnels de la santé. Lorsqu'on considère les sommes qu'elles ont affectées à ce dernier genre de publicité, c'est assez effrayant.

En fait, nous voyons dans la publicité télévisée en provenance des États-Unis un facteur qui décourage l'évaluation des médicaments par les consommateurs. Nous savons que la

physicians about changing their prescription to this great new advertised drug. We certainly see it is a very important restriction to maintain if we are ever going to restrain the drug costs.

**Senator Cordy:** I had also heard those statistics. The amount of money spent on marketing is quite alarming — especially when you consider that in discussions about the high costs of drugs, the costs are usually attributed to the amount of money that is spent on research and development, not marketing. I am alarmed by those statistics.

Dr. Chan, my next questions is an offshoot as to why you appeared today — to include optometrists within the realm of the health delivery system. People very often tend not to think about eye care when they are thinking about receiving health benefits. How do we ensure that children, particularly, are receiving proper eye care?

I know many years ago in the school system the public health nurse would do an eye check on the children. Children were given referrals if it was considered necessary. Lately, I have not seen the public health nurses in the schools doing that. How do you ensure that children are receiving proper eye care?

**Dr. Chan:** You are correct in your observation that primary students are no longer screened in the schools. The community public health units no longer do this because of funding.

In terms of ensuring that children do receive proper eye care, there is probably a two-prong approach.

First, as we move forward on health care reform and adopt a multidisciplinary format for care, I think that the health care team will expand to include other non-medical members, including optometrists. In a community health care clinic, for example, if you had an optometrist on staff, it could be part of an annual assessment. When the child comes in for a check-up, the optometrist would be readily available within the location. This would apply to a hospital, clinic and so forth. From that viewpoint, it makes the services of an optometrist more accessible.

Ensuring that those services are covered is certainly part of it. Currently, in all provinces, from what I understand, those services are covered.

The second prong is patient education. I think that is part of what your committee will be looking at as well. A well-informed patient, or in this case, a well-informed parent, will seek out these services.

The Ontario Association of Optometrists has been vigilant in this respect, and we acknowledge the fact that many of these children are not getting caught early enough. We have participated in many public service campaigns, public education campaigns to

promotion a incité des consommateurs à demander à leurs médecins de modifier leur ordonnance au profit de tel ou tel nouveau médicament merveilleux qu'ils ont vu à la télévision. Si nous entendons contenir les coûts des médicaments, nous pensons qu'il s'agit d'une restriction qu'il est très important de préserver.

**Le sénateur Cordy:** J'ai moi aussi entendu parler de ces statistiques. Les sommes consacrées au marketing sont alarmantes — surtout lorsqu'on considère que, dans les débats portant sur le coût élevé des médicaments, on attribue habituellement ces coûts aux sommes affectées à la R-D, et non au marketing. Ces statistiques me préoccupent au plus haut point.

Docteur Chan, mes prochaines questions s'inscrivent dans le cadre de ce qui vous amène ici aujourd'hui — l'inclusion des optométristes dans le système de soins de santé. À propos des soins de santé dont ils bénéficient, les gens oublient très souvent les soins oculaires. Quelles mesures pouvons-nous prendre pour que les enfants en particulier reçoivent des soins oculaires adéquats?

Il y a des années, l'infirmière de santé publique du réseau scolaire vérifiait la vue des enfants. Au besoin, elle orientait les enfants vers un médecin. Dernièrement, j'ai constaté que les infirmières de santé publique des écoles ne font plus ce travail. Comment s'assurer que les enfants reçoivent des soins oculaires adéquats?

**Le Dr Chan:** Vous avez raison de dire que les élèves du primaire ne font plus l'objet d'un dépistage dans les écoles. Les services de santé publique communautaire ne font plus ce travail faute de fonds suffisants.

En ce qui concerne les mesures à prendre pour assurer aux enfants des soins oculaires adéquats, il convient probablement d'adopter une double approche.

Premièrement, à mesure que la réforme des soins de santé évolue et que nous adoptons une approche multidisciplinaire des soins, je pense que l'équipe des professionnels de la santé sera élargie pour comprendre des membres autres que des médecins, y compris des optométristes. Dans une clinique de soins communautaires, par exemple, on pourrait, s'il y avait un optométriste en poste, examiner la vue des enfants chaque année. Lorsque l'enfant se présenterait pour un examen complet, l'optométriste serait sur place. On pourrait faire la même chose à l'hôpital, dans les cliniques et ainsi de suite. De ce point de vue, les services des optométristes deviendraient plus accessibles.

Veiller à ce que les services en question soient assurés constitue certainement un élément de réponse. Si je comprends bien, ces services sont aujourd'hui assurés dans toutes les provinces.

Deuxièmement, il y a la sensibilisation des patients. Je pense que cet aspect fait également partie des questions auxquelles votre comité s'intéresse. Un patient averti ou, dans le cas qui nous occupe, un parent averti fera le nécessaire pour obtenir ce genre de services.

L'Ontario Association of Optometrists a fait preuve de vigilance à cet égard, et nous admettons que bon nombre d'enfants ne sont pas dépistés assez tôt. Nous avons participé à de nombreuses campagnes d'intérêt public et d'éducation publique



help educate parents about the need to have their children's eyes checked.

In Ontario, the "Healthy Babies, Healthy Children" initiative serves to address some of the concerns that you mentioned. This program includes not only eye care but also the full range of services that need to be administered to a child at a very young age to try to catch problems that could have long-lasting effects on their ability to be properly educated and properly adapt to society.

**Senator Callbeck:** Dr. Chan, your brief contains a suggestion to amend the Canadian Health Act to expand the definition of "medically necessary services." If we do that, those services have to be paid for. The only reference I see to the financial aspect is when you say, "Introducing a financial barrier by requiring the patients to pay for a service restricts their ability to access that necessary service."

I would like to hear your thoughts on how you think these extra services can be paid for?

**Dr. Chan:** What we want to address with that amendment to the Canada Health Act has less to do with allowing additional services, for example, but to have more equity in terms of where those services are provided.

In Saskatchewan, for example, where medically necessary services are not covered, a patient may walk in with an acute red eye. If this patient sees an optometrist, the visit will have to be paid for out-of-pocket. However, if the patient travels to Saskatoon to see an ophthalmologist or a medical doctor for treatment, the costs would be covered.

In our recommendation, we do not believe that the number of patients who require those services will increase just because optometrists are permitted to treat those patients. We feel that in some respects there might be some efficiencies where, in fact, you may be able to reduce the cost of treating these common ailments that occur.

**Senator Callbeck:** If we expand the definition in the Health Care Act and the expenditures go up because of those added things, where do you think the money that pays for these should come from? Do you think it should come through the taxation system; in other words, should the government increase taxes?

**Dr. Chan:** I do not think the association has a position on where that funding to cover an increase in services needs to come from. I expect we are prepared to consider any model that meets the services.

We realize that it is becoming increasingly evident that we cannot be all things to all people in terms of the health care, and so there will be some requirement to prioritize the services. What is important, however, is once you have made those decisions about which core services are covered nationally, that those services are available to the public from whatever provider they choose. If, for example, an optometrist or an audiologist is more accessible in the community, then the patient should have the ability to see that person.

pour sensibiliser les parents à la nécessité de faire examiner la vue de leurs enfants.

En Ontario, l'initiative «Bébés en santé; enfants en santé» répond à certaines préoccupations que vous avez soulevées. Ce programme porte non seulement sur les soins oculaires, mais aussi sur toute la gamme des services qu'il convient d'offrir à un enfant en très bas âge pour tenter de détecter des problèmes susceptibles d'avoir des effets durables sur leur capacité de s'éduquer et de s'adapter adéquatement à la société.

**Le sénateur Callbeck:** Dans votre mémoire, docteur Chan, vous proposez qu'on modifie la Loi canadienne sur la santé pour que soit élargie la définition des services «médicalement nécessaires». Si nous le faisons, nous devons en assumer les coûts. La seule référence que je vois à l'aspect financier, c'est quand vous affirmez que l'introduction d'un obstacle financier, soit obliger les patients à faire les frais des services, limite leurs capacités d'accéder à des services nécessaires.

J'aimerais savoir comment vous vous y prendriez pour assumer les coûts de ces services additionnels.

**Le Dr Chan:** Cette modification de la Loi canadienne sur la santé vise moins l'ajout de services additionnels, par exemple, que la répartition plus équitable des endroits où ils sont offerts.

En Saskatchewan, par exemple, où des services médicalement nécessaires ne sont pas assurés, il arrive qu'on rencontre des patients atteints de rougeur de l'oeil aiguë. S'il consulte un optométriste, le patient devra payer la consultation de sa poche. Si, en revanche, il se rend à Saskatoon pour consulter un ophtalmologiste ou un médecin, le traitement sera assuré.

Dans notre recommandation, nous ne croyons pas que le nombre de patients qui ont besoin de services de cette nature augmentera du simple fait que les optométristes seront autorisés à traiter de tels patients. À certains égards, nous pensons que nous serons en mesure de réaliser des gains d'efficience là où, en réalité, on parviendra à réduire le coût du traitement de ces maux communs.

**Le sénateur Callbeck:** Si nous élargissons la définition de la Loi canadienne sur la santé et que les dépenses augmentent en raison des ajouts, d'où pensez-vous que les capitaux nécessaires devraient venir? Pensez-vous qu'ils devraient provenir du régime d'imposition? En d'autres termes, le gouvernement devrait-il augmenter les impôts?

**Le Dr Chan:** À ma connaissance, l'association n'a pas de position sur la provenance des fonds additionnels qu'exigerait une majoration des services offerts. Je pense que nous serions disposés à envisager tout modèle répondant aux besoins en services.

Il apparaît de plus en plus évident, nous en sommes conscients, que nous ne pouvons pas faire tout pour tous dans le domaine des soins de santé et que, par conséquent, on doit classer les services par ordre de priorité. Ce qui compte, cependant, c'est que, une fois qu'on a décidé des services de base qui seront assurés au niveau national, les services en question soient offerts aux patients par le fournisseur de leur choix. Si, dans la collectivité, par exemple, il est plus facile d'accéder à un optométriste ou à un audiologiste, le patient devrait pouvoir consulter ce professionnel.

I do not think our association is advocating that we blow the barn door open and cover everything. I hope that that was not our impression. I think that our suggestion there was more to address the accessibility issue.

**Senator Kirby:** I have a brief question for Ms Jones. I will read you a paragraph and then you can comment on it, because I happen to agree with the paragraph. You say "The consumer who understands how the system works does have an advantage in accessing its services." Then you go on to say that you promote ways of informing consumers about how to effectively get into the system.

All my anecdotal evidence would absolutely agree that you are right, that if you know more about the system, you can take advantage of it.

My question is in two parts. First, have you ever done any surveys of your members to try to understand what they do and do not understand about the system? Second, if at some time you could send us just a couple of examples of the kind of communications you send CAC members in terms of explaining to them, as you put it, how to exercise their rights, that would be helpful for us to have.

**Ms Jones:** We have not done a survey recently.

**Senator Kirby:** I had thought you might have done some type of survey of your members.

**Ms Jones:** We are much more dependent on the spontaneous reporting by consumers.

We also have tried to get that message across in meeting with small groups. We have recently developed a brochure of the responsibilities of the doctor, the pharmacists and the consumer in their health care. This brochure has been useful in formulating the questions that the consumer should be asking and the answers they should be expecting from those two professional groups. Our theme is that an informed consumer is an effective consumer in relation to anything at issue or in the marketplace. This is just basic to our approach to the issue.

From the anecdotal reporting that we have, I think it is clear that even a short discussion with someone about how they can better use the system pays off the consumer in getting the service they want.

It is not always who you know; we are saying it is what you know too. I think that is a big area that should be developed.

**Senator Kirby:** Thank you. I would agree with you on that.

**The Deputy Chairman:** On behalf of the committee, I would like to sincerely thank our witnesses for a very enlightening hour of testimony, and I will now ask our next witnesses to come to the table.

Je ne crois pas que notre association souhaite qu'on ouvre toutes grandes les portes et qu'on assure tout. J'espère que ce n'est pas l'impression que nous vous avons donnée. À mes yeux, notre proposition visait davantage à régler un problème d'accessibilité.

**Le sénateur Kirby:** J'ai une brève question à poser à Mme Jones. Je vais vous faire lecture d'un paragraphe, puis je vais vous demander de le commenter puisqu'il se trouve que je suis d'accord avec son contenu. Vous dites: «Le consommateur qui comprend le fonctionnement du système bénéficie d'un avantage le moment venu d'accéder à des services». Puis, vous ajoutez que vous faites la promotion de méthodes qui permettent d'initier les consommateurs au moyen d'accéder efficacement au système.

Mon expérience personnelle me dit que vous avez absolument raison et qu'on peut tirer avantage d'un système qu'on connaît mieux.

Ma question comporte deux volets. Premièrement, avez-vous déjà sondé vos membres pour tenter de comprendre ce qu'ils comprennent et ne comprennent pas au sujet du système? Deuxièmement, vous nous rendriez service en nous faisant parvenir deux ou trois exemples du genre de communication que vous avez fait parvenir aux membres de l'ACC pour leur expliquer, ainsi que vous l'avez vous-même dit, comment exercer leurs droits.

**Mme Jones:** Nous n'avons pas effectué de sondage récent.

**Le sénateur Kirby:** J'aurais cru que vous aviez sondé vos membres d'une façon ou d'une autre.

**Mme Jones:** Nous sommes nettement plus dépendants des commentaires spontanés que nous font parvenir des consommateurs.

Nous avons tenté de faire passer le message dans le cadre de réunions en petit groupe. Récemment, nous avons préparé un dépliant sur les responsabilités du médecin, du pharmacien et du consommateur dans les soins de santé. Le document en question a permis ultimement de formuler les questions que le consommateur devrait poser de même que les réponses auxquelles il est en droit de s'attendre de la part des deux catégories professionnelles visées. Notre devise, c'est qu'un consommateur éclairé est un consommateur efficace, quel que soit l'enjeu ou le marché auquel on a affaire. Il s'agit simplement de l'hypothèse qui sous-tend notre approche de la question.

D'après les rapports anecdotiques dont nous disposons, je pense qu'il est certain que même une brève discussion avec une personne au sujet des moyens de mieux utiliser le système aidera la personne en question à accéder aux services dont elle a besoin.

Tout n'est pas toujours une affaire de relations. Ce qui compte, croyons-nous, c'est ce qu'on sait. Je pense qu'il s'agit d'une question importante que nous aurions intérêt à étoffer.

**Le sénateur Kirby:** Je vous remercie. Je suis d'accord avec vous sur ce point.

**La vice-présidente:** Au nom des membres du comité, je tiens à remercier sincèrement nos témoins de l'heure très éclairante qu'ils nous ont consacrée. J'invite maintenant nos prochains témoins à venir à la table.



They are, from Medical Devices Canada, Peter Goodhand; from AstraZeneca, Gerry McDole; and from Comcare Health Services, Mary Jo Dunlop.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** We will begin with Mr. Goodhand

**Mr. Peter Goodhand, President, Medical Devices Canada (MEDEC):** Let me begin by thanking the members of this committee for the opportunity to appear before you and to participate in one of the most important debates occurring today: the debate on the future of our health care system.

As you well know, the majority of Canadians feel the status quo of our health care system is not acceptable, and this committee should be applauded for taking a leadership role in shaping this debate.

Medical Devices Canada — better known as MEDEC — is a national association representing over 125 medical device and diagnostic companies. Our members are dedicated to serving the health care community through the provision of high quality medical products and services that benefit Canadians. Founded in 1973, MEDEC serves as a primary source for advocacy, information and education for the industry. Our members account for more than \$2 billion of medical devices purchased annually in Canada.

Our members are world leaders in their own right, developing innovative technologies that are used around the world. Our membership develops technologies that work in concert with other health care technology sectors, such as imaging and pharmaceuticals. Our members are responsible for enabling hospitals to move from being a building of bricks and mortar to a fully functional health care centre. They put the tools in the hands of doctors and nurses and play a vital role in the delivery of health care services that Canadians expect.

As I mentioned previously, the committee has done an outstanding job on shaping the debate of health care in Canada. I would like to focus on four areas that are most significant to the medical device and technology industry: support for health care infrastructure; infrastructure and infostructure; funding for innovative health research; and, health care technology assessment.

I would first like to talk about support for health care infrastructure. Medical devices and technologies are instrumental in improving the quality of life for Canadians. While we often hear of the miracle drugs available on the market, we hear less often of the "cutting edge" technology that has revolutionized the way health care is practised. Better and more advanced technology means better and more accurate diagnosis, more success in curing disease and alleviating pain and, most importantly, improving the quality of life for Canadians.

Il s'agit de Peter Goodhand de Instruments Médicaux du Canada; Gerry McDole, d'AstraZeneca, et de Mary Jo Dunlop, Comcare services de santé.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

**Le président:** Nous allons commencer par M. Goodhand.

**M. Peter Goodhand, président, Instruments Médicaux du Canada (MEDEC):** Permettez-moi d'abord de remercier les membres du comité de l'occasion qu'ils nous donnent de comparaître devant eux et de participer à l'un des plus importants débats de l'heure, soit celui qui porte sur l'avenir de notre système de soins de santé.

Comme vous le savez, la majorité des Canadiens est d'avis que, relativement à notre système de soins de santé, le statu quo est inacceptable. Aussi faut-il saluer les efforts du comité qui contribuent au premier chef à la définition de ce débat.

Instruments Médicaux du Canada — mieux connu sous le nom de MEDEC — est une association nationale représentant plus de 125 entreprises du domaine des outils diagnostics. Nos membres ont pour but de répondre aux besoins des professionnels de la santé grâce à la prestation de produits et de services médicaux de grande qualité qui profitent aux Canadiens. Fondé en 1973, l'organisme est la principale source d'information, d'éducation et de promotion de l'industrie. Nos membres produisent pour plus de 2 milliards de dollars d'instruments médicaux achetés chaque année au Canada.

Nos membres sont des chefs de file mondiaux de plein droit dans la mesure où ils conçoivent des technologies novatrices utilisées aux quatre coins du monde. Ils mettent au point des technologies qui se conjuguent à d'autres secteurs des technologies de la santé, par exemple l'imagerie et les produits pharmaceutiques. C'est grâce à eux que les hôpitaux, d'immeubles de briques et de mortier qu'ils étaient, sont devenus des centres de santé pleinement fonctionnels. Ils dotent les infirmières et les médecins des outils dont ils ont besoin et jouent un rôle vital dans la prestation des soins de santé auxquels les Canadiens s'attendent.

Comme je l'ai indiqué antérieurement, le comité a fait un travail remarquable en définissant le débat sur les soins de santé au Canada. J'aimerais m'intéresser aux quatre aspects les plus importants pour l'industrie des technologies et des instruments médicaux: soutenir l'infrastructure des soins de santé, l'infrastructure et l'infostructure, le financement de recherches novatrices en santé et l'évaluation des technologies de la santé.

J'aimerais d'abord dire un mot du soutien de l'infrastructure de la santé. Les technologies et les instruments médicaux jouent un rôle clé dans l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens. On fait souvent référence aux miracles qu'accomplissent les médicaments vendus sur le marché, mais on rappelle moins souvent que la technologie de pointe a révolutionné l'administration des soins. Des technologies de meilleure qualité et plus perfectionnées se traduisent par des diagnostics de meilleure qualité et plus précis, plus de traitements réussis, le soulagement des douleurs et, fait plus important encore, l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens.

It was not long ago that routine surgery would mean a patient would be in a health care facility for several days or weeks. Today, many of these surgeries are classified as "day surgery." More and more procedures are becoming less invasive, minimizing the recovery time for the patient and allowing a speedy return to work or independent living.

Allow me to illustrate a few examples. Gallbladder surgery a decade ago was an invasive and traumatic procedure. With the development of laparoscopic surgery, patients undergo a relatively minor surgery, and are usually discharged from the hospital within 24 hours. Scarring is minimal and the recovery of the patient is more expeditious.

Another example is cardiac stents. Prior to the development of stents, patients were faced with a temporary fix from angioplasty. With the development of cardiac stents, the effectiveness of the less invasive procedure was significantly improved. The next generation of stents are drug coated, and initial data suggests zero restenosis of the arteries.

Modern medical devices and technologies have not only improved health outcomes for Canadian patients, by enabling less invasive procedures and shorter hospital stays they have also supported cost effectiveness in the health care system.

MEDEC is pleased to see that the committee recognizes the important and essential role of medical devices and technologies in our health care system. Yet despite the recognition of the essential role it plays in our health care system, as noted by this committee, Canada lags behind other industrialized nations in terms of availability of health care technology.

We agree with the committee that the recent \$1 billion investment in health care technology was a positive step by the federal government. However, we believe that it is still insufficient to ensure that Canadians obtain timely access to medical services they need.

We currently have a very ad hoc system in Canada in terms of employing the necessary technologies. While many technologies and devices are available on the market, they are not necessarily utilized by health care facilities due to the constraints on funding. Depending on where you live, health care professionals may or may not have access to necessary diagnostic equipment or devices.

A recent case in Winnipeg illustrates the consequences of silo funding and the restriction of medical progress. An OB/GYN surgeon left his practice and Canada because he was frustrated with the slow adoption of new technologies. The physician had championed the use of an innovative technology that would provide better care for his patients and replace a major surgical procedure. The technology — called TVT tape — is a minimally invasive approach to cure female stress incontinence. Due to silo

Il n'y a pas si longtemps, l'intervention chirurgicale de routine obligeait un patient à séjourner dans un établissement de soins de santé pendant quelques jours ou quelques semaines. De nos jours, bon nombre de ces interventions sont considérées comme des «chirurgies d'un jour». De plus en plus de procédures sont moins effractives, ce qui réduit au minimum la convalescence du patient et lui permet de réintégrer rapidement le travail ou de recommencer sans délai à vivre de façon autonome.

Permettez-moi d'illustrer mes propos au moyen de quelques exemples. Il y a une décennie, une intervention à la vésicule biliaire constituait une procédure effractive et traumatisante. Avec l'avènement de la laparoscopie, les patients subissent aujourd'hui une intervention relativement mineure et reçoivent habituellement leur congé dans les 24 heures. La cicatrice est minime, et la convalescence du patient, moins longue.

Prenons aussi l'exemple des tuteurs dans les vaisseaux du cœur. Avant l'avènement des tuteurs, les patients faisaient face à la solution temporaire offerte par l'angioplastie. Grâce aux tuteurs, l'efficacité de l'intervention moins effractive s'est considérablement améliorée. Les tuteurs de la prochaine génération sont enduits de médicaments, et des données initiales laissent croire à la disparition du problème de la resténose des artères.

Les technologies et les instruments médicaux modernes, non contents d'améliorer les résultats pour la santé des patients du Canada en les faisant bénéficier de procédures moins effractives et de séjours à l'hôpital plus courts, ont favorisé l'efficacité du système de soins de santé.

Notre organisme est heureux de constater que le comité reconnaît le rôle essentiel et important joué par les technologies et les traitements médicaux dans notre système de soins de santé. Malgré tout, comme le comité l'a souligné, le Canada accuse du retard par rapport à d'autres nations industrialisées du point de vue de la disponibilité des technologies de la santé.

Nous sommes d'accord avec les membres du comité pour dire que l'investissement récent de 1 milliard de dollars dans les technologies de la santé constitue une mesure positive prise par le gouvernement fédéral. Cependant, nous pensons que cela est insuffisant pour assurer aux Canadiens l'accès opportun aux services médicaux dont ils ont besoin.

En ce qui concerne l'utilisation des technologies nécessaires, le Canada mise aujourd'hui sur un système des plus ponctuels. Si bon nombre de technologies et d'instruments sont offerts sur le marché, les établissements de santé ne les utilisent pas nécessairement en raison de contraintes budgétaires. Selon l'endroit où vous vivez, les professionnels de la santé auront ou non accès aux instruments ou aux outils diagnostiques nécessaires.

A Winnipeg, un cas récent illustre les conséquences du financement cloisonné et des restrictions imposées au progrès de la médecine. Un chirurgien en gynécologie-obstétrique a quitté sa pratique et le Canada, frustré par la lente adoption des nouvelles technologies. Le chirurgien préconisait le recours à une technologie novatrice qui aurait assuré de meilleurs soins à ses patientes et remplacé une intervention chirurgicale majeure. La technologie — appelée tronde sous-urétrale — est une



funding, the physician was severely restricted in the number of patients that could be treated by this simple, more effective technology, at lower risk. In this instance, not only were Canadians denied timely access to technology, but a vital human resource also departed in frustration.

The committee has also identified a problem with the recent federal government funding initiative. The funding was provided for the purchase of medical equipment and technology, but did not provide for any operational funding. This has led provinces and territories to look for other sources of funding — sometimes from within their existing constrained health care budgets — to finance the operation of these technologies. We believe this is also meant that the uptake of this funding by some of the provinces and territories has been slow.

In our correspondence with the provinces and territories, we too found a wide variation in the utilization of these funds. Some provinces, Ontario for example, have provided an accounting of how these dollars are being spent, while others are still determining if and how their allocation will be spent.

MEDEC is also concerned about the re-use of single-use devices. Faced with overwhelming demands on their financial resources, some hospitals are re-using devices that are developed for single use. These products are developed, tested, and licensed by Health Canada for single use only. This practice means that a patient may be exposed to a single-use device that has been used several times on other patients. The re-use of a single-use device, such as a PCTA or diagnostic catheter, is potentially creating a risk to patient safety.

We believe that the health care providers should adhere to the same standards that are imposed by the federal government on industry in bringing these devices to market.

We would like to support the committee in its astuteness to put forward a recommendation for the federal government to commit to a longer term program of financing for innovative health care technologies, including support for the operation of these devices and procedures. This will ensure that our health care facilities have access to the latest technologies and have the funding to use these technologies and train the necessary health care professionals to use the technologies effectively.

Although the up-front investment in medical devices and technologies can sometimes be intimidating to our individual health care departments, physicians or professionals, the impact on the overall health care system frequently leads to greater efficiency, to a reduction in waiting lists, to better utilization of

intervention fort peu efficace qui permet de régler le problème de l'incontinence urinaire d'effort chez les femmes. En raison du financement cloisonné, on a limité de façon marquée le nombre de patientes que le chirurgien pouvait traiter au moyen de cette technologie simple et plus efficace, qui fait en outre courir moins de risques aux patientes. Dans ce cas, on a non seulement nié aux Canadiennes un accès opportun à la technologie, mais en plus provoqué le départ d'une ressource humaine vitale, qui a renoncé sous le coup de la frustration.

Le gouvernement a également relevé un problème en ce qui concerne la récente initiative de financement du gouvernement fédéral. En effet, on a alloué des fonds à l'achat de technologies et d'instruments médicaux, mais on n'a pas prévu de fonds de fonctionnement. Les provinces et les territoires ont donc dû se mettre en quête d'autres sources de financement — parfois à l'intérieur même de leurs budgets de la santé, déjà limités — pour permettre l'exploitation de ces technologies. Nous pensons que ce phénomène explique en partie pourquoi certaines provinces et certains territoires mettent du temps à se prévaloir des fonds en question.

Dans notre correspondance avec les provinces et les territoires, nous avons également fait le constat d'écarts importants dans l'utilisation de ces fonds. Certaines provinces, l'Ontario par exemple, ont rendu compte de l'utilisation de ces sommes, tandis que d'autres en sont encore à déterminer à quoi servira leur allocation.

Nous nous inquiétons également de la réutilisation d'instruments conçus pour un usage unique. Face aux pressions accablantes qui s'exercent sur leurs ressources financières, certains hôpitaux réutilisent des instruments conçus pour un usage unique. Ces produits sont conçus, testés et homologués par Santé Canada pour un usage unique seulement. Ainsi, on risque d'utiliser sur un patient un instrument à usage unique ayant déjà été utilisé à quelques reprises sur d'autres patients. La réutilisation d'un appareil à usage unique, par exemple les cathéters diagnostiques utilisés pour les angioplasties transluminales percutanées, risque de compromettre la sécurité des patients.

Nous pensons que les fournisseurs de soins de santé devraient obéir aux normes imposées par le gouvernement fédéral à l'industrie pour la mise en marché des instruments en question.

Nous aimerions que le comité, dans sa sagesse, recommande au gouvernement fédéral de s'engager envers un programme à plus long terme de financement des technologies de santé novatrices, y compris au titre du soutien de l'application de ces procédures et instruments. On s'assurera ainsi que nos établissements de santé ont accès aux technologies de santé récentes. En outre, on disposera des fonds nécessaires pour utiliser les technologies en question et initier les professionnels de la santé nécessaires à leur utilisation efficace.

Même si l'investissement initial dans les technologies et les instruments médicaux peut parfois se révéler intimidant pour des services de santé, des médecins ou des professionnels particuliers, l'impact sur le système de soins de santé dans son ensemble se traduit fréquemment par des gains d'efficacité, une réduction des

scarce human resources and a rapid return to a productive or independent living.

In your report, you have identified each of these areas as essential elements in creating a sustainable health care system. The "fault lines" of timely access and human resource shortages can be alleviated by sound investment in medical technology.

In terms of infrastructure and infostructure, in the "Interim Report" the committee identifies some witnesses that support the need to invest in infostructure at the expense of increasingly long waiting lists and denying Canadians access to modern medical devices and technologies. We would submit to the committee that this would be a mistake. We also believe that the two issues can be addressed in concert.

We support the need to implement a modern health care information system but do not believe that its implementation has to happen at the cost of reform in other areas of the system.

Allow me to provide an example to the committee where we see the potential for infrastructure and infostructure investment without impacting the existing health care system.

Industry has led the Efficient Healthcare Consumer Response, EHCR, and has also worked with the Ontario Hospital Association, OHA, on the re-engineering of the health care supply chain. Health care supplies are purchased and inventoried in an antiquated manner. The system is largely manual and is a catalyst for errors and confusion.

With the introduction of e-commerce, we will see a system where the right product will get to the right place at the right time. We will no longer see a situation where a hospital is without the supplies it needs or surgeries are postponed because the right equipment is not available.

The modernization of the health care supply chain will require investment in both infostructure and infrastructure, but the return on investment will be quickly realized, allowing the hospitals to re-invest in other areas of the health care system.

With respect to investment in research, Canada is privileged to have world class researchers and academic research facilities. You need look no further than the leadership in robotic surgery at the London Health Sciences Centre or the pioneering work of the Ottawa Heart Institute to appreciate that Canadians play a leadership in revolutionizing the world of medicine.

Canada also has research-driven industry partners, such as CryoCath in Montreal and the World Heart Corporation in Ottawa, with the skills and knowledge to turn brilliant concepts into successful, viable, safe and effective devices. Canadian-owned companies and leading multinationals are

listes d'attente, une meilleure utilisation de rares ressources humaines et un retour rapide à une vie autonome ou productive.

Dans votre rapport, vous définissez chacun de ces secteurs comme autant d'éléments essentiels à l'établissement d'un système de soins de santé viable. On pourra atténuer l'effet des «lignes de faille» de l'accès opportun et des pénuries de ressources humaines en investissant de façon avisée dans la technologie médicale.

En ce qui concerne l'infrastructure et l'infostructure, le comité, dans son «rapport intérimaire», identifie certains témoins qui privilégient l'investissement dans l'infostructure même si cela doit se traduire par la prolongation de listes d'attente déjà considérables et par l'incapacité des Canadiens d'accéder à des technologies et à des instruments médicaux modernes. Nous tenons à dire aux membres du comité que cela constituerait une erreur. Nous sommes également d'avis qu'on peut s'attaquer concurremment aux deux problèmes.

Nous sommes favorables à l'établissement d'un système moderne d'information sur la santé, mais nous ne pensons pas que sa mise en oeuvre doit se faire aux dépens de la réforme dans d'autres secteurs du système.

Permettez-moi de citer, à titre d'exemple, un cas dans lequel on pourrait investir dans l'infrastructure et l'infostructure sans porter atteinte au système de soins de santé existant.

L'industrie, qui a piloté l'Efficient Healthcare Consumer Response (EHCR), a également collaboré avec l'Association des hôpitaux de l'Ontario à la réorganisation de la chaîne d'approvisionnement dans le domaine des soins de santé. De nos jours, on achète et on repertorie les fournitures médicales suivant une procédure désuète. Le système, manuel pour une large part, génère des erreurs et de la confusion.

Avec l'avènement du commerce électronique, nous bénéficierons d'un système dans lequel les bons produits iront au bon endroit au bon moment. On ne sera plus confronté au problème des hôpitaux à court des fournitures dont ils ont besoin ou d'interventions chirurgicales remises faute de la disponibilité du matériel nécessaire.

La modernisation de la chaîne d'approvisionnement dans le domaine des soins de santé exigera des investissements dans l'infostructure et l'infrastructure, mais on réalisera rapidement un rendement sur le capital investi, et les hôpitaux pourront réinvestir dans d'autres secteurs du système des soins de santé.

En ce qui concerne l'investissement dans la recherche, le Canada a la chance de compter sur des chercheurs et des centres de recherche universitaire de niveau mondial. Il suffit de penser au leadership du London Health Sciences Centre dans le domaine de la chirurgie robotique ou aux travaux de pionniers menés par l'Institut de cardiologie d'Ottawa pour se convaincre que les Canadiens jouent un rôle de premier plan dans la révolution du monde de la médecine.

Le Canada mise également sur des partenaires industriels axés sur la recherche, par exemple la société CryoCath de Montréal et la World Heart Corporation d'Ottawa, qui possèdent les compétences et les connaissances nécessaires pour traduire de brillants concepts en instruments populaires, viables, sûr et



developing new technology from Canadian research that will benefit millions of people worldwide. Ironically, given current health care funding, Canada may be among the last countries to adopt these new technologies.

The development of world-class technologies and companies in Canada is in part dependent on the presence of a domestic health care market that purchases and fully utilizes breakthrough technology. The current health care funding model in Canada is, of necessity, focussed on providing adequate care at the lowest possible cost. Health care reform must include flexibility in funding that will enable health care institutions to both acquire and fully utilize modern technology.

With continued investment into research, we can ensure that Canada will remain a leader in the development of medical devices and technologies. MEDEC fully supports the committee's option on increasing the share of federal spending on health research to 1 per cent of the total health care budget.

We would also ask the committee to recognize and support the critically important aspects of linking together scientific research, academic medicine and innovative industry.

MEDEC believes that health care technology assessments can be helpful for government to adopt new and improved medical technology. However, we would like to point out that while Health Care Technology Assessment may be a useful tool in determining that the right technology is available to Canadians, it should not impede the development or perfection of medical devices and technologies.

Unlike pharmaceutical or biotechnology products, medical devices and technologies are rapidly upgraded and improved after the product is introduced. The nature of our industry is incremental innovation, and any change in the role or use of health care technology assessment should be sensitive to the evolving nature of the sector.

While all technologies introduced to the market are proven to be safe and effective prior to their introduction, their usefulness invariably improves over time. As physicians become more familiar with a particular technology or procedure, outcomes improve and efficiencies increase. Based on their feedback, changes may be made to modify and improve the technology. Health care technology assessments should not restrict this from happening.

Ideally, MEDEC and its members would like to see increased global harmonization in both health care technology assessments and regulatory approvals. Assessments performed in other jurisdictions should be given consideration. While health care technology assessment can be a useful tool in the environment of limited health care resources, we need enough flexibility in the system to allow adoption of new technologies.

efficaces. Des entreprises canadiennes et des multinationales de pointe élaborent la nouvelle technologie à partir de recherches canadiennes, lesquelles profiteront à des millions d'habitants de la planète. Ironiquement, dans le contexte actuel du financement des soins de santé, le Canada pourrait bien être parmi les derniers pays à adopter ces nouvelles technologies.

La création de technologies et de sociétés d'envergure mondiale au Canada dépend en partie de la présence d'un marché intérieur des soins de santé qui achète et utilise à fond les technologies révolutionnaires. Le modèle de financement actuel des soins de santé au Canada est, par la force des choses, axé sur la prestation adéquate de soins au meilleur coût possible. La réforme des soins de santé doit inclure une forme de financement souple qui permettra aux établissements de santé d'acquérir et d'utiliser pleinement les technologies modernes.

Grâce à des investissements soutenus dans la recherche, nous pourrions faire en sorte que le Canada demeure un chef de file dans le domaine de l'élaboration de technologies et d'instruments médicaux. Nous sommes tout à fait d'accord avec l'augmentation de la part des dépenses fédérales affectées à la recherche en santé à 1 p. 100 du budget total de la santé proposée par le comité.

Nous demandons également au comité de reconnaître et de soutenir les aspects relatifs à l'arrimage de la recherche scientifique, de la médecine universitaire et de l'industrie innovatrice qui revêtent une importance critique.

Nous sommes d'avis que les évaluations des technologies de la santé peuvent aider le gouvernement à adopter des technologies médicales nouvelles et améliorées. Cependant, nous tenons à souligner que les évaluations des technologies de la santé, si elles constituent un outil utile pour faire en sorte que les Canadiens ont accès aux bonnes technologies, ne devraient pas avoir pour effet d'empêcher la mise au point ou le perfectionnement de technologies et d'instruments médicaux.

Au contraire des produits pharmaceutiques ou biotechnologiques, les technologies et les instruments médicaux peuvent être rapidement mis à niveau une fois que le produit a été introduit. L'innovation graduelle est la marque de commerce de notre industrie, et toute modification du rôle et de l'utilisation des évaluations des technologies de la santé devrait tenir compte de la nature du secteur, qui est en évolution constante.

Si on vérifie l'innocuité et l'efficacité de toutes les technologies avant qu'elles ne soient mises en marché, leur utilité s'améliore invariablement au fil des ans. Au fur et à mesure que les médecins se familiarisent avec une procédure ou une technologie donnée, les résultats s'améliorent, et les gains d'efficacité s'accroissent. À la lumière de leurs réactions, on peut apporter des changements pour perfectionner les technologies. Les évaluations des technologies de la santé ne devraient pas freiner le phénomène.

Idealement, MEDEC et ses membres aimeraient que les mécanismes de réglementation et d'évaluation des technologies de la santé fassent l'objet d'une harmonisation mondiale plus poussée. On devrait tenir compte des évaluations réalisées dans d'autres administrations. Si les évaluations des technologies de la santé peuvent se révéler un outil utile dans le contexte de ressources limitées dans le domaine de la santé, nous devons

In conclusion, I would like to thank the committee again for the opportunity to present to you today. We are encouraged by your forward-thinking approach to the health care system and your recognition of the importance of medical devices and technologies. Clearly, you understand and appreciate that, in reforming and improving our health care system in Canada and ensuring that Canadians receive the best health care available, a continuing investment in medical devices and technologies is required.

I thank you for your time and would be happy to answer any questions you have.

**The Chairman:** Our next speaker is Mary Jo Dunlop, the President of Comcare Health Services. I really should have encouraged Mr. Goodhand to do this too, but rather than read your report in detail, can you hit the highlights? I know there will be a lot of questions we will want to ask you as well.

**Ms Mary Jo Dunlop, President, Comcare Health Services:** Thank you very much. I apologize for not having my remarks to you ahead of time, but due to the sudden illness of a family member, I had a crash course in acute care over the last two weeks. Most of this was written at his bedside.

**The Chairman:** How is he now?

**Ms Dunlop:** He is very poor, but thank you for asking.

**The Chairman:** Oh, that is too bad.

**Ms Dunlop:** My expertise is home care, so I will comment only on that aspect of the "Interim Report." I will try not to repeat anything that is well documented but limit my comments to the role of the federal government.

Comcare is a community health service provider. It is a national for-profit company. It has 30 locations in Canada, starting in Montreal in 1969. We have over 6,000 employees.

You have heard a great deal about the diversity of home care programs in the provinces and territories. I would suggest that it is also very evident in the working conditions of our employees. Wage ranges still fall far behind the institutional wage ranges, and they vary a great deal between the east and west coasts.

An excellent example of the federal government's role in research is the recently launched study funded by Human Resources Development Canada, in collaboration with the Canadian Home Care Association and the Canadian Association for Community Care. This is a very important piece of work when it comes to understanding how we are going to plan and resource home care in our future.

veiller à ce que le système soit suffisamment souple pour permettre l'adoption de nouvelles technologies.

En conclusion, j'aimerais une fois de plus remercier les membres du comité de l'occasion qu'ils nous ont donnée de comparaître devant eux aujourd'hui. Nous sommes encouragés par l'approche prospective des soins de santé que vous avez adoptée de même que par l'importance que vous attachez aux technologies et aux instruments médicaux. De toute évidence, vous comprenez et savez que, au moment de réformer et de bonifier notre système de soins de santé au Canada pour faire en sorte que les Canadiens bénéficient des meilleurs soins possibles, on doit sans cesse investir dans les technologies et les instruments médicaux.

Je vous remercie de votre temps et me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Notre prochain témoin est Mary Jo Dunlop, présidente de Comcare services de santé. J'aurais dû faire la même recommandation à M. Goodhand. Pourriez-vous, au lieu de lire votre mémoire en entier, vous en tenir aux points saillants? Je sais que nous aurons beaucoup de questions à vous poser à vous également.

**Mme Mary Jo Dunlop, présidente, Comcare services de santé:** Je vous remercie beaucoup. Je m'excuse de n'avoir pas pu vous faire parvenir mon mémoire à l'avance, mais, en raison d'une maladie subite d'un membre de ma famille, j'ai eu droit à un cours accéléré en soins actifs au cours des deux dernières semaines. J'ai écrit l'essentiel de mon texte à son chevet.

**Le président:** Comment se porte-t-il?

**Mme Dunlop:** Il est au plus mal, mais votre sollicitude me touche.

**Le président:** Quel dommage!

**Mme Dunlop:** Mon expertise porte sur les soins à domicile, et je vais donc me concentrer sur cet aspect du «rapport intérimaire». Je vais tenter de ne pas répéter ce qui est bien documenté et de limiter mes propos au rôle du gouvernement fédéral.

Comcare est un fournisseur de services de santé communautaire. Il s'agit d'une entreprise nationale à but lucratif. La société, qui a vu le jour à Montréal en 1969, compte 30 bureaux au Canada. Nous avons plus de 6 000 employés à notre service.

On vous a déjà longuement entretenus de la diversité des programmes de soins à domicile dans les provinces et les territoires. Ce phénomène se manifeste de façon éclatante dans les conditions de travail de nos employés. Les échelles salariales accusent toujours un retard important par rapport aux échelles salariales en vigueur dans les institutions, et on note des écarts considérables entre la côte Est et la côte Ouest.

L'étude lancée récemment grâce à des capitaux de Développement des ressources humaines du Canada, en collaboration avec l'Association canadienne de soins et services à domicile et l'Association canadienne des soins et services communautaires, constitue une excellente illustration du rôle joué par le gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche. Il s'agit d'une étude des plus importantes pour la compréhension de



Research funding through the more traditional health research programs and initiatives is seldom available to a for-profit company. As a result, organizations with valuable ideas about care models, including the need for investment in information and communication technologies, are often slow to make progress.

With better information, we could move to evidence-based practice in home care, which we do not currently observe, and in doing so, we could make our way towards standards in home care and also to a national home care program.

In addition, technologies that are already available and being used in countries other than Canada would allow us to see more patients with the same human and financial resources that we currently have.

As long as there is an accountability framework for research funds and the need for an evaluation plan, I do not see any reason to exclude for-profit companies from these research activities.

Comments made in the "Interim Report" about the need for timely transfer of knowledge based on the research are welcome and absolutely necessary if we are going to improve practice in home care.

In addition to research, the federal government can play a role in establishing the principles, if not standards, of a national home care program. The principles would be consistent with those of the Canada Health Act, thus ensuring that Canadians would have consistency in access, portability and comprehensiveness anywhere in the country, without jeopardizing their home care services. We frequently hear stories of patients who have been afraid to move from one location to another once their home care service has been established.

The federal government must decide on what core services are within the home care programs. That is a very difficult decision. It would be a shame if the program were exclusive to only medically necessary services, because social care and assistance with activities of daily living have proven effective in keeping the elderly in their homes.

With regard to national standards, our organization was the first home health care company to have a national accreditation award by the Canadian Council on Health Services Accreditation. Therefore we disagree with those who suggest that there cannot be national standards.

The approach can be standardized across Canada. However, if "standards" are limited to resource allocation, then other factors will influence how successful we will be at developing a national set of standards. Things like financial health of the individual province, physician practice in that province, other resources available, provincial regulations that concern other health care

la planification des soins à domicile et de l'affectation de ressources à ce secteur d'activités.

Les sociétés à but lucratif ont rarement accès à des fonds de recherche par le truchement d'initiatives et de programmes traditionnels de recherche en santé. Par conséquent, les organismes ayant pourtant de bonnes idées à propos des modèles de soins, y compris en ce qui concerne l'investissement nécessaire dans les technologies de l'information et des communications, mettent souvent du temps à réaliser des progrès.

Forts d'informations de meilleure qualité, nous pourrions nous orienter vers une pratique des soins à domicile fondée sur les résultats, ce qui n'est pas le cas aujourd'hui. Ce faisant, nous pourrions nous orienter vers l'établissement de normes dans le domaine des soins à domicile de même que vers un programme national des soins de santé à domicile.

En outre, les technologies déjà offertes et utilisées dans d'autres pays que le Canada pourraient nous permettre de répondre aux besoins d'un plus grand nombre de patients à l'aide des ressources humaines et financières dont nous disposons aujourd'hui.

Tant et aussi longtemps qu'on oblige les bénéficiaires à rendre compte des fonds de recherche reçus et à soumettre un plan d'évaluation, je ne vois pas pourquoi on devrait exclure les entreprises à but lucratif de telles activités de recherche.

Les commentaires que vous avez faits dans le «rapport intérimaire» au sujet de la nécessité du transfert opportun de connaissances fondées sur la recherche sont bienvenus et absolument nécessaires si nous voulons améliorer la qualité des soins à domicile.

Outre la recherche, le gouvernement fédéral peut jouer un rôle dans l'établissement des principes — sinon des normes — d'un programme national de soins à domicile. Ces principes seraient conformes à ceux de la Loi canadienne sur la santé, à telle enseigne que les Canadiens bénéficieraient d'une accessibilité, d'une transférabilité et d'une intégralité uniformes où qu'ils se trouvent au pays, sans que leurs soins à domicile soient compromis. On nous parle souvent de patients qui craignent de déménager une fois leur service de soins à domicile établi.

Le gouvernement fédéral doit décider des services de base qui font partie des programmes de soins à domicile. Il s'agit d'une décision très difficile à prendre. Il serait dommage que le programme ne comprenne que les services médicalement nécessaires puisque les soins sociaux et le soutien dans le cadre des activités quotidiennes se sont révélés des moyens efficaces de garder les aînés à la maison.

En ce qui concerne les normes nationales, notre organisme a été la première entreprise de soins à domicile à recevoir un agrément national de la part du Conseil canadien d'agrément des services de santé. Nous ne sommes pas d'accord avec ceux qui laissent entendre que l'établissement de normes nationales est impossible.

On peut uniformiser l'approche en vigueur dans l'ensemble du Canada. Si les «normes» ne portent que sur l'allocation des ressources, cependant, d'autres facteurs influenceront sur la mesure dans laquelle nous réussirons à mettre au point une série de normes nationales. La santé financière des provinces, la pratique des médecins dans les provinces, les autres ressources offertes, les

professions, and political will all complicate the ability to agree on national standards. Today, variation in practice is great, and provider incentives are not aligned with patient outcomes.

The place where we have the most opportunity to change our practice is to begin with the end in mind. We are not spending any more money; we are just looking after more people with the same money.

We need investment in information and communication technology in home care. Much of the technology already exists, but our home care models in Canada have traditionally been on a fee-for-service basis and they have only paid for a face-to-face visit. Use of telehealth or other mechanisms through which we can monitor patients are very poorly used so far in the country.

We have been pleased to see the candour with which the committee discussed the issue of private health care. As a private for-profit corporation whose largest client group is the provincial government, we believe in public administration and the principles of the Canada Health Act.

However, we see in practice every day a number of individuals who either do not qualify for government programs or who buy private service in addition to that provided by the government because the government allocation is insufficient for their needs. To suggest that provincial home care programs meet demand now is incorrect. Even now, our provinces are just one insurer of home care service. Obviously, Worker's Compensation and some individual insurance products such as extended health benefits also pay for home care services.

Long-term care insurance is an insurance product that is on the market, but in any practice we have seen in our company — and we do about 3.5 million interactions a year with patients — it is very expensive and limiting. The federal government should consider a variety of financial mechanisms to support caregivers, including tax concessions, employment insurance and related employment legislation.

We believe that the private sector is an important partner as we go forward. Our participation does not contradict the Canada Health Act, nor does it represent privatization. Privatization, in our mind, is the active transfer of accountability from the public sector to the private sector for regulation, financing and production. We work well within a publicly administered system. We have proven ourselves as valued stakeholder organizations providing excellent health care within the context of economic discipline. We focus on efficiency and effectiveness in administration in order to invest in clinical excellence. Profitability means re-investment in our system, which, as you have observed in your documentation, is badly needed.

règlements provinciaux qui régissent d'autres professionnels de la santé et la volonté politique sont autant de facteurs qui rendent difficile l'établissement d'un consensus sur des normes nationales. Aujourd'hui, les écarts observés dans la pratique sont considérables, et les incitatifs offerts aux fournisseurs ne sont pas axés sur les résultats pour les patients.

L'aspect de notre pratique le plus susceptible d'amélioration est le suivant: l'intervention doit dès le départ tenir compte de l'issue. Nous ne dépensons pas plus d'argent: nous ne faisons qu'assurer des services à un plus grand nombre de personnes avec le même argent.

Nous devons investir dans la technologie de l'information et des communications liée aux soins à domicile. La technologie existe déjà pour une bonne part, mais nos modèles de soins à domicile au Canada ont traditionnellement été axés sur les frais d'utilisation, et on n'a versé des fonds que pour les visites en personne. Jusqu'ici, on utilise très mal au pays la télémedecine et d'autres mécanismes qui nous permettraient de suivre le patient.

Nous avons été heureux de voir la franchise avec laquelle les membres du comité ont abordé la question des soins de santé privés. À titre d'entreprise privée à but lucratif dont le gouvernement provincial est le principal client, nous croyons à l'administration publique et aux principes de la Loi canadienne sur la santé.

En pratique, cependant, nous constatons tous les jours qu'un certain nombre de personnes ne sont pas admissibles aux programmes gouvernementaux ou achètent des services privés en sus de ceux que fournit le gouvernement parce que l'allocation gouvernementale ne répond pas à leurs besoins. Il est faux de prétendre que les programmes provinciaux de soins à domicile répondent aujourd'hui à la demande. Même maintenant, les provinces ne sont qu'une des entités qui assurent des soins à domicile. De toute évidence, les Commissions des accidents du travail et certains produits d'assurance individuels comme les prestations de santé prolongées assument également les coûts de soins à domicile.

L'assurance pour soins de longue durée est un produit d'assurance offert sur le marché, mais nous avons constaté qu'elle est en pratique très coûteuse et limitée — et nous effectuons environ 3,5 millions d'interactions par année auprès de patients. Le gouvernement fédéral devrait envisager une diversité de mécanismes financiers pour soutenir les soignants, y compris des avantages fiscaux, l'assurance-emploi et les dispositions législatives relatives à l'emploi connexes.

A mesure que nous avançons, nous pensons que le secteur privé représentera un partenaire important. Notre participation ne contredit pas la Loi canadienne sur la santé et ne constitue pas non plus une forme de privatisation. La privatisation, selon nous, signifierait le transfert actif des responsabilités du secteur public vers le secteur privé, aux fins de la réglementation, du financement et de la production. Nous fonctionnons bien dans un système administré par l'État. Nous avons fait nos preuves à titre d'organisme d'intervenants valorisés assurant d'excellents soins de santé dans le contexte de la discipline économique. Nous mettons l'accent sur l'efficacité et l'efficacité de l'administration pour pouvoir investir dans l'excellence clinique. Nos profits nous



We do need leadership from the federal government, both in research and investment in information and communication technologies. We are not asking for additional money; we are asking for some access to some of those grants and programs that are already available. I believe that we are just building on the principles of equitable treatment and equitable access to resources within Canada, and that investment will allow us to work towards evidence-based practice so we will be more appropriate in our utilization of human resources and financial resources. That can lead to standards and, by virtue of the information, will move towards a system of care.

**Mr. Gerry McDole, President and CEO, AstraZeneca:** Senators, I appreciate the opportunity to share my views with you today on such important public policy issues.

I have read with interest your "Issues and Options" paper, and I would like to comment on a few of the points that have been made. It is difficult to keep to five to seven minutes on a complex issue, but we will do our best.

Like you, I have always been very passionate about our medicare system. I am old enough to remember with as well as without, and I must tell you I prefer with. I remember the three years I spent paying off the debt of the birth of our first child.

Good systems can always be improved, and the single most important change that the system needs is a re-orientation of the course, and by that I mean refocussing on the patient. Today our fiscal pressure seems to be building a new system that is more financially driven, and I believe that that is not in the interest of Canadians' health and one that Canadian health can ill afford.

Your work thus far has highlighted, among several other issues, the much-publicized concern of rising drug expenditures. I would like to offer my perspective on the debate of drug cost-containment policies and patient health outcomes.

I want to say up front that I understand the challenge that everyone has. Policy-makers must manage the limited public funds and balance that against their fiscal responsibility, while at the same time ensuring access to the proven medications.

Having said that, public policy studies being conducted at Harvard Medical School and at McGill University suggest that it is time for us to revisit the rationale behind cost-containment and other interventions since there are unintended and undesirable

permettre de réinvestir dans notre système, ce qui, comme vous l'avez fait observer dans votre document, répond à un besoin criant.

Nous devons également compter sur le leadership du gouvernement fédéral dans le domaine de la recherche et de l'investissement dans les technologies de l'information et des communications. Nous ne demandons pas de fonds additionnels; tout ce que nous voulons, c'est une forme d'accès à certaines subventions et à certains programmes déjà offerts. Nous nous contentons simplement, me semble-t-il, de tabler sur les principes du traitement équitable et de l'accès équitable aux ressources offertes au Canada, et l'investissement nous permettra de nous orienter vers une pratique fondée sur les résultats. Nous serons ainsi en mesure d'utiliser nos ressources humaines et financières de façon plus appropriée. Une telle démarche nous conduira vers les normes et, grâce à l'information vers un système de soins.

**M. Gerry McDole, président-directeur général, AstraZeneca:** Sénateurs, je suis heureux de l'occasion qui m'est donnée aujourd'hui de vous faire part de mes vues sur d'importants enjeux de politique gouvernementale.

J'ai lu avec intérêt votre rapport intitulé «Questions et options», et j'aimerais faire des commentaires au sujet de quelques-uns des points qui y sont soulevés. Il est difficile de s'en tenir à de cinq à sept minutes au sujet d'un problème complexe, mais nous allons faire de notre mieux.

Comme vous, je me suis toujours passionné pour notre régime d'assurance-maladie. Je suis assez vieux pour comparer la vie avec et sans lui, et je dois vous dire que c'est le premier scénario qui me paraît préférable. Je me souviens d'avoir mis trois ans à rembourser la dette contractée à l'occasion de la naissance de notre premier enfant.

On peut toujours améliorer de bons systèmes, et la modification la plus importante dont a besoin le système est une réorientation. Je veux dire par là le ciblage sur le patient. Aujourd'hui, les pressions budgétaires semblent engendrer un nouveau système davantage axé sur les finances, et je pense que cette tendance ne va pas dans l'intérêt de la santé des Canadiens et que la santé des Canadiens ne peut guère se le permettre.

Dans vos travaux, vous avez jusqu'ici fait ressortir, entre autres, la préoccupation abondamment publicisée qui concerne l'augmentation des dépenses pour les médicaments. J'aimerais vous faire part de mon point de vue sur le débat relatif aux politiques de limitation des coûts des médicaments et aux résultats pour la santé des patients.

D'entrée de jeu, je tiens à préciser que je comprends le défi auquel chacun est confronté. Les décideurs doivent administrer les fonds publics limités à leur disposition, dans le respect de leur responsabilité budgétaire, tout en assurant l'accès aux médicaments éprouvés.

Cela dit, des études sur la politique gouvernementale menée à la Harvard Medical School et à l'université McGill laissent entendre qu'il est temps que nous revenions sur le bien-fondé de la limitation des coûts et d'autres interventions puisque les

results of well-intentioned but perhaps too "broad brushed" approaches to drug management.

Their advice is that studies should examine the degree of inappropriate use of our medications before policies are introduced. For the record, I define "appropriate use" as the right drug for the right patient at the right time.

Our industry has a key role to play in ensuring that our scientific discussions with physicians encourage appropriate use, and the answer to these issues lies in a collaborative approach between industry and government. Policy-makers have, for too long, tried to resolve issues surrounding our health care system and rising drug expenditures alone. We need an evidence-based approach to policy development and intervention, collecting the data before, during and after implementation.

I would like to quickly address the issue of brand name drug prices, because we seem to remain in the media as a hot button.

Several recent studies have demonstrated that utilization rates and an aging population are behind the growth of the drug program budgets — not the drug prices, per se. We mix up drug budgets with drug prices.

As you know, the federal government reviews each new product through the Patented Medicine Prices Review Board. The latest report shows that prices for innovative medicines are about 10 per cent below the international average. In fact, in the basket of eight, there are only two countries lower than Canada, I , and I might add that my own company has the second lowest prices in the world after Korea.

While our prices are monitored at the federal level, at the provincial level we provide good cost/benefit studies each time we apply to the formularies for drug reimbursement. Therefore, I would suggest, honourable senators, that Canadians are already well positioned to get value for money when medicines are used appropriately.

Following the most recent health ministers meeting in Newfoundland, I read newspaper reports that suggested the provinces feel pressured to approve new drugs that are available in other provinces. A quick review of the approval rates from one province to another would suggest that this is certainly not the case.

Nevertheless, it is interesting that provincial formularies do vary considerably from one province to the other. One might ask "what are the criteria for new product listings?" Does this support a national cost effectiveness strategy, as suggested by the Federal Ministry of Health is another question.

approches bien intentionnées, mais peut-être trop globales de l'administration des médicaments produisent des effets inattendus et indésirables.

Selon les spécialistes, on devrait consacrer des études à l'importance du phénomène de la mauvaise utilisation des médicaments avant d'introduire des politiques. Soit dit en passant, j'entends par «utilisation appropriée» l'administration du bon médicament au bon patient au bon moment.

Notre industrie a un rôle clé à jouer en veillant à ce que les débats scientifiques entre médecins favorisent l'utilisation appropriée. La réponse à ces problèmes réside dans une approche concertée entre l'industrie et le gouvernement. Depuis trop longtemps, les décideurs tentent de résoudre seuls les problèmes qui entourent le système de soins de santé et l'augmentation des dépenses pour les médicaments. Nous devons adopter une approche des interventions et de l'élaboration de politiques qui soit fondée sur les résultats, de même que colliger des données avant, pendant et après la mise en application.

J'aimerais dire un mot de la question du prix des médicaments de marque déposée parce que cette question semble intéresser tout particulièrement les médias.

Quelques études récentes ont montré que les taux d'utilisation et le vieillissement de la population accusent un retard par rapport à la croissance des budgets des programmes de médicaments — et non par rapport au prix des médicaments en soi. Nous confondons «budgets des programmes de médicaments» et «prix des médicaments».

Comme vous le savez, le gouvernement fédéral examine chaque nouveau produit par le truchement du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés. Le plus récent rapport montre que les prix des médicaments novateurs sont inférieurs d'environ 10 p. 100 à la moyenne internationale. Sur un total de huit, il n'y a en fait que deux pays où les prix sont inférieurs à ceux qui s'appliquent au Canada. Je profite de l'occasion pour souligner que les prix pratiqués par mon entreprise viennent à l'avant-dernier rang, derrière ceux de la Corée.

Si c'est le gouvernement fédéral qui surveille nos prix, nous bénéficions, au niveau provincial, de bonnes études coûts-avantages chaque fois que nous demandons l'inscription d'un produit sur les formulaires de façon qu'ils puissent être remboursés. Honorables sénateurs, je suis donc d'avis que les Canadiens sont déjà en mesure d'obtenir un bon rapport qualité-prix lorsque les médicaments sont utilisés adéquatement.

À la suite de la plus récente rencontre des ministres de la Santé à Terre-Neuve, j'ai lu des articles de journaux laissant entendre que les provinces se sentent contraintes d'homologuer de nouveaux médicaments offerts dans d'autres provinces. Un examen rapide des taux d'homologation d'une province à l'autre montre que ce n'est pas du tout le cas.

Néanmoins, il est intéressant de constater que les formulaires varient d'une province à l'autre. On peut se demander quels sont les critères qui président à l'inscription d'un nouveau produit. Quant à savoir si ce phénomène justifie l'établissement d'une stratégie nationale d'efficacité des coûts, comme l'a laissé entendre le ministre fédéral de la Santé, c'est une autre question.



My personal opinion is that our industry would be willing to work with governments on any approach that delivers the best possible individual care to patients using the available health care resources.

Today, however, a grave concern for patients, physicians and health outcomes more generally, is that many provinces seem to want to limit the number of medicines available to patients in each product class. That is a concern to me because it does not make scientific or economic sense. The federal regulations ensure that new products are priced within a range in any given class — even when there are substantial improvements. From a purely cost point of view, it does not really make much difference which you choose.

These incremental improvements, in fact, are what drive research. The history of medicine, pharmaceutical research, and humankind in general is based on these incremental steps and incremental innovations.

Take, for example, the automotive industry. You did not get your first car with ABS brakes, with air bags, seat belts and a whole lot of other whistles and bells. With drugs too, these improvements lead over time to reduced side effects, better or faster healing, more convenient dosage forms, and so forth.

They provide the physicians with more options to respond to a patient's individual needs — no two patients are the same. These medicines, unfortunately, are sometimes dismissed because they are not dramatic breakthroughs.

The committee also suggests that the reference-based pricing should be among those serious policy options the government might consider. Perhaps the committee would want to look again at British Columbia's failed experiment with its reference-based pricing.

As you may know, the current government is now in fact looking at alternatives to this system — which some suggest was really just two-tiered medicine at its worst. For too many people, this scheme meant that they could only get the medicine their doctor prescribed if they had the money.

Indeed, a poll asked B.C. health care professionals about the impact of changing patients' prescriptions to fit the system: 90 per cent of pharmacists and 95 per cent of physicians reported that their patients had problems as a result. These percentages did not diminish after the first year of introduction, by the way. It continues to this day, some three years into the program.

Mon avis personnel, c'est que notre industrie serait disposée à travailler avec les gouvernements à la mise au point d'une approche permettant la prestation des meilleurs soins possibles aux patients à l'aide des ressources disponibles.

Aujourd'hui, cependant, le fait que de nombreuses provinces semblent vouloir limiter le nombre de médicaments offerts aux patients dans chacune des catégories de produits représente une grave inquiétude pour les patients, les médicaments et les résultats pour la santé de façon plus générale. Une telle tendance me préoccupe dans la mesure où elle ne se justifie ni pour des raisons scientifiques ni pour des raisons économiques. La réglementation fédérale fait en sorte que les nouveaux produits sont tarifés à l'intérieur d'une fourchette donnée dans chacune des catégories — même lorsque des améliorations substantielles ont été apportées. Du strict point de vue des coûts, les choix qui sont faits ne changent pas grand-chose.

En fait, ce sont ces améliorations graduelles qui stimulent la recherche. L'histoire de la médecine, de la recherche pharmaceutique et de l'humanité en général repose sur ces étapes et ces innovations graduelles.

Prenez, par exemple, le cas de l'industrie automobile. Votre première voiture n'était pas munie de freins ABS, de sacs gonflables, de ceintures de sécurité et de toute une panoplie d'autres dispositifs. Dans le domaine des médicaments aussi, les améliorations se sont au fil des ans traduites par une réduction des effets secondaires, une guérison plus aisée ou plus rapide, des formes posologiques plus commodes, et ainsi de suite.

Ces perfectionnements confèrent au médecin une marge de manoeuvre plus grande dans le traitement de chacun des patients — il n'y en a pas deux pareils. Ces médicaments, malheureusement, sont souvent rejetés faute de constituer des percées spectaculaires.

Le comité laisse également entendre que l'établissement de prix de référence devrait compter parmi les options stratégiques sérieuses que le gouvernement pourrait prendre en considération. Les membres du comité voudront peut-être jeter un coup d'oeil sur l'échec de la tentative de politique de prix de référence de la Colombie-Britannique.

Comme vous le savez peut-être, le gouvernement actuel est aujourd'hui à la recherche de solutions de rechange à ce système — qui, ont laissé entendre certains, constitue véritablement la forme la plus pernicieuse qui soit de médecine à deux vitesses. Pour de trop nombreuses personnes, ce régime a fait en sorte que les patients ne pouvaient obtenir les médicaments prescrits par leur médecin que s'ils en avaient les moyens.

En fait, on a sondé les professionnels de la santé de la Colombie-Britannique sur les impacts des modifications apportées aux prescriptions en fonction du système: 90 p. 100 des pharmaciens et 95 p. 100 des médecins ont fait état de problèmes éprouvés par leurs patients. Soit dit en passant, ces pourcentages n'avaient pas diminué une année après l'introduction du régime. Trois années plus tard, il n'y a toujours pas de changements notables.

In addition, a B.C.-based policy research institute investigated the savings generated by this cost-containment policy and found that drug costs in fact overall grew at a faster rate in B.C. than in any other province in Canada. They continued to grow over an extended period of time. Moreover, it did not calculate any other additional health care costs that were incurred as a result of the policy. I have appended this for your information, this information, to this paper.

This brings me back then to the cost-containment policies implemented without evaluating their impacts. Honourable Senators, we need to build a system that strengthens the patient-physician relationship. Let us look for innovative and cost-effective approaches that start with the patient's needs.

For example, disease management programs are being implemented into several Canadian jurisdictions. Disease management is a systematic and evidence-based approach to utilization of resources to achieve the desired health care outcomes for patients. These programs are bringing the patients, the health care providers, government, industry, information technology and academia into a partnership that assumes that health care and outcomes can be better. It shifts away from the isolated inputs and controls to a systems view that works towards an integration of components and improvement of the health of whole populations.

What is genius about the disease management concept is how it really works. It begins with a baseline measurement, followed by an analysis and then feedback to physicians. The feedback is where the genius comes to life. All physicians want to do the best for their patients. When they get the feedback they are quick to adjust their behaviour patterns. It allows for better interventions. In fact, you continue to raise the bar as new measurements and new improvements come forward. All of these quality improvements for patients are what makes disease management shine against the other alternatives that exist today.

These initiatives are opportunities to demonstrate a health management approach that is a feasible alternative to restrictive formularies and to the silo budgeting. It is the future of health care, in my view, honourable senators.

These programs do not ration care; they expand it. They save money in the process by reducing hospital visits or other more expensive interventions and by simply keeping healthy. That should be the goal of our entire health system: to keep people healthy.

En outre, un institut de recherche stratégique de la Colombie-Britannique a étudié les économies générées par cette politique de limitation des coûts et constaté que, en Colombie-Britannique, les coûts des médicaments avaient, dans l'ensemble, augmenté plus rapidement que dans toutes les autres provinces du Canada. Ils ont continué d'augmenter sur une période prolongée. En plus, on n'a pas tenu compte d'autres coûts additionnels pour la santé générés par la politique. À titre d'information, j'ai annexé ces renseignements à mon mémoire.

Voilà qui m'amène à dire un mot des politiques de limitation des coûts qu'on met en application sans en évaluer les impacts. Honorables sénateurs, nous devons nous doter d'un système qui renforce la relation entre le patient et le médecin. Examinons des approches innovatrices et efficaces qui prennent les besoins du patient comme point de départ.

À titre d'exemple, on met en place des programmes de gestion des soins thérapeutiques dans quelques administrations canadiennes. La gestion des soins thérapeutiques est une approche systématique et fondée sur les résultats de l'utilisation des ressources qui vise à produire les résultats souhaités pour la santé des patients. Dans le cadre de tels programmes, on unit les patients, les fournisseurs de soins de santé, le gouvernement, l'industrie, les entreprises de technologie de l'information et les universitaires dans un partenariat qui part du principe que les soins de santé et les résultats peuvent être meilleurs. On s'écarte du modèle des intrants et des contrôles isolés pour adopter une perception des systèmes qui favorise l'intégration des éléments et l'amélioration de la santé de populations entières.

Ce qu'il y a de génial dans la notion de gestion des soins thérapeutiques, c'est qu'elle fonctionne vraiment. Au départ, on établit une mesure de base, puis on procède à une analyse et on communique les résultats aux médecins. C'est dans ce dernier aspect que réside le génie de la démarche. Tous les médecins ont à cœur de faire l'impossible pour leurs patients. Quand ils reçoivent les résultats, les médecins ne mettent pas de temps à modifier leurs schémas de comportement. Il en résulte de meilleures interventions. En fait, on continue de hausser la barre au fur et à mesure que de nouvelles mesures sont fournies et que de nouvelles améliorations sont apportées. Ce sont toutes ces améliorations de la qualité au profit des clients qui font que la gestion des soins thérapeutiques donne le pion à toutes les solutions de rechange qui existent aujourd'hui.

Ces initiatives sont autant d'occasions de mettre en lumière une approche de la gestion de la santé qui constitue une solution de rechange faisable aux formulaires restrictifs et à la budgétisation cloisonnée. Honorables sénateurs, c'est là que réside, à mon avis, l'avenir des soins de santé.

Ces programmes n'ont plus pour effet de rationner les soins; au contraire, ils les élargissent. Ils permettent de réaliser des économies en réduisant le nombre d'hospitalisations ou d'autres interventions plus coûteuses et en contribuant tout simplement à faire que les gens demeurent en santé. Tel devrait être le but de l'ensemble de notre système de santé: faire que les gens demeurent en santé.



I thank you for your time and would be pleased to answer any of your questions.

**The Chairman:** Thank you. Before turning to Senator Keon, I wonder if I could ask Ms Dunlop a couple of questions for clarification.

On page four of your brief, you say:

The approach to home care can be consistent across Canada. However, if "standards" are limited to resource allocation then other factors will influence how successful we will be at developing a national set of standards.

Can you explain what you mean by that?

**Ms Dunlop:** The Canadian Council of Health Services Accreditation has a standards document that you follow when you go through a national accreditation.

**The Chairman:** I am sorry to interrupt, but this is for a profession, not for an organization?

**Ms Dunlop:** No, it is for an organization for their home care accreditation.

**The Chairman:** I see, okay.

**Ms Dunlop:** So their approach is consistent. If looking at creating national standards, and the national standards are around allocation of resources, what is appropriate in terms of how many home-making hours someone should have, how many therapy visits someone should have? It becomes more complex because it is no longer about approach; it is about all those things.

Most of the health professions are regulated by the provinces, so that we employ probably 12 different kinds of homemakers across Canada.

**The Chairman:** Sorry, home care is one thing we have heard very little on, and that is why I am asking you the question.

When you say "different kinds of home care providers," what do you mean?

**Ms Dunlop:** They have different titles. They have different scopes of practice.

**The Chairman:** Different skill sets?

**Ms Dunlop:** Yes, different academic preparations.

**The Chairman:** Just give me some examples. You would have a nurse? You would have a certified nurse?

**Ms Dunlop:** Nursing is one of the more consistent, but with the home support staff, we have four levels just in Ontario. We have several levels in British Columbia. There are those who can perform delegated acts and those who cannot. Many of them have different titles. It is very confusing and it is not consistent.

Je tiens à vous remercier de votre temps, et je me ferai un plaisir de répondre à vos questions.

**Le président:** Je vous remercie. Avant de passer au sénateur Keon, j'aimerais poser deux ou trois questions à Mme Dunlop pour obtenir des éclaircissements.

À la page 4 de votre mémoire, vous écrivez:

On peut uniformiser l'approche en vigueur dans l'ensemble du Canada. Si les «normes» ne portent que sur l'allocation des ressources, cependant, d'autres facteurs influenceront sur la mesure dans laquelle nous réussirons à mettre au point une série de normes nationales.

Pouvez-vous nous expliquer ce que vous entendez par là?

**Mme Dunlop:** Le Conseil canadien d'agrément des services de santé a un document sur les normes que vous devez suivre lorsque vous cherchez à obtenir un agrément national.

**Le président:** Pardonnez-moi de vous interrompre, mais les normes en question s'appliquent à une profession, et non à un organisme, n'est-ce pas?

**Mme Dunlop:** Non, elles s'appliquent à un organisme pour l'agrément dans le domaine des soins à domicile.

**Le président:** D'accord, je vois.

**Mme Dunlop:** Leur approche est donc uniforme. Si nous cherchons à établir des normes nationales et que ces dernières tournent autour de l'allocation des ressources, quel est le nombre d'heures d'aide à domicile auquel une personne devrait avoir droit et quel est le nombre de visites de thérapeutes qu'elle devrait pouvoir recevoir? Cela devient complexe puisque la question a trait non plus à l'approche, mais bien plutôt à toutes ces choses.

La plupart des professionnels de la santé sont réglementés par les provinces. Au Canada, nous employons donc probablement douze types différents d'auxiliaires familiales.

**Le président:** Pardonnez-moi, mais les soins à domicile sont l'un des aspects dont on nous a très peu parlé. C'est pourquoi je vous pose la question.

Quand vous déclarez qu'il y a différents types d'auxiliaires familiales, que voulez-vous dire?

**Mme Dunlop:** Elles portent des titres différents. Elles ont des champs de pratique différents.

**Le président:** Des compétences différentes?

**Mme Dunlop:** Oui, des études universitaires différentes.

**Le président:** Donnez-moi quelques exemples. Faut-il un diplôme d'infirmière? Faut-il être infirmière accréditée?

**Mme Dunlop:** Les infirmières composent l'une des catégories les plus constantes, mais, en ce qui concerne les auxiliaires familiales, il y a quatre niveaux simplement en Ontario. Il y a aussi quelques niveaux en Colombie-Britannique. Il y a des personnes qui peuvent effectuer des tâches déléguées et d'autres qui ne sont pas habilitées à le faire. Bon nombre d'entre elles portent des titres différents. La situation est très déroutante et pas du tout uniforme.

Therefore, when you talk about standards and you are trying to relate the standard to the academic preparation of the individual, then it becomes more complex because the regulations are provincial.

**The Chairman:** In contrast to the fact that a doctor is licensed nationally and a nurse is effectively licensed nationally.

**Ms Dunlop:** That is right.

**The Chairman:** You are licensed provincially. Not only are the licences different, but the job descriptions are different, right?

**Ms Dunlop:** That is right.

**The Chairman:** The scope of practice rules are different.

**Ms Dunlop:** That is right. Most of the standards with which we comply are with the transfer payment agencies of the provinces, and they all have their own.

**The Chairman:** They are not national standards?

**Ms Dunlop:** No. The problem with home care is that not that there are no standards; it is that there are so many standards and they are dictated by individual organizations.

**The Chairman:** Further down on that page, you say that essentially, up until now, you only fund face-to-face visits. Are you really trying to say that some of the things — remote electronics, for example, whereby blood pressure and other things could be monitored from a distance — you could do, but would not receive reimbursement because you did not see somebody face-to-face?

**Ms Dunlop:** That is right, so there is no incentive and little ability.

**The Chairman:** Why would you do it?

**Ms Dunlop:** Well, because I think I am trying to prove the system wrong, that there is a better way to do this within the same resources.

Part of our agenda is to put in a national information system so that at least we could monitor people with the same diagnosis that were having different resource utilization with the same diagnosis. For instance, if Nurse Jones is using four visits to teach a new diabetic and someone else is using eight, then let us find a best practice to make sure that our teaching is consistent and that becomes your standard.

**The Chairman:** Right. Are you therefore training a lot of your own people?

**Ms Dunlop:** Oh, absolutely.

**The Chairman:** So they are not all coming out of formal educational institutions?

Lorsque, par conséquent, on fait référence à des normes et qu'on tente d'associer la norme à la formation théorique de la personne, la question devient plus complexe puisque la réglementation relève de la compétence des provinces.

**Le président:** Alors que, par comparaison, un médecin est titulaire d'un permis d'exercice national, au même titre qu'une infirmière.

**Mme Dunlop:** Exactement.

**Le président:** Vous êtes titulaire d'un permis provincial. Non seulement les permis sont-ils différents, mais en plus, les descriptions de travail le sont aussi, n'est-ce pas?

**Mme Dunlop:** Absolument.

**Le président:** Les règles qui délimitent les champs de pratique sont différentes.

**Mme Dunlop:** Oui. La plupart des normes auxquelles nous devons nous conformer sont édictées par les organismes provinciaux responsables des paiements de transfert, et chacun a les siennes.

**Le président:** Ce ne sont pas des normes nationales?

**Mme Dunlop:** Non. Le problème qui se pose dans le domaine des soins à domicile, c'est que, ce n'est pas qu'il n'y a pas de normes; c'est qu'il y a de si nombreuses normes édictées chacune par des organismes différents.

**Le président:** Plus loin, à la même page, vous affirmez que, jusqu'à maintenant, seules les visites en personne sont financées. Voulez-vous dire que vous pourriez effectuer certains autres actes — au moyen de la télé-électronique, par exemple, qui permet de mesurer la tension et d'effectuer d'autres formes de contrôle à distance —, mais que, le cas échéant, vous ne seriez pas remboursée parce que vous n'avez pas eu l'intéressé en face de vous?

**Mme Dunlop:** Exactement. Les capacités et les incitatifs sont donc inexistantes.

**Le président:** Pourquoi le feriez-vous?

**Mme Dunlop:** Eh bien, parce que j'essaie de prouver que le système fait fausse route et qu'il y a de meilleures utilisations possibles des ressources existantes.

Nous nous sommes notamment donné pour mission d'établir un système national d'information de façon à pouvoir tout au moins suivre les personnes qui ont fait l'objet du même diagnostic lorsque, pour le même diagnostic, on a affaire à des schémas différents d'utilisation des ressources. Si, par exemple, l'infirmière Unetelle a besoin de quatre visites pour faire l'éducation d'une personne nouvellement atteinte du diabète et qu'une autre infirmière a besoin de huit visites, nous devons établir une pratique exemplaire qui nous permettra de faire en sorte que les enseignements sont cohérents et qui deviendra la norme.

**Le président:** Oui. Vous faites donc beaucoup au chapitre de la formation de vos propres employés?

**Mme Dunlop:** Oui, absolument.

**Le président:** Ils ne proviennent donc pas tous d'établissements d'enseignement officiels?



**Ms Dunlop:** Well, actually, everyone comes out of a formal educational institution except a very basic homemaker, the most basic.

**The Chairman:** The rest you add on the skill set?

**Ms Dunlop:** Yes, or we fund their participation in a community college program.

**Senator Keon:** It is interesting to have the three of you here together because, collectively, you represent a problem that exists in the health system now. That is, we have traditionally known how to deal with doctors and hospitals, but we have not done very well when it comes to home care, to technology and, of course, to pharmaceuticals, particularly on the outside. The pharmaceuticals in hospitals are pretty well taken care of, but once the patient is on the outside and needs home care, there is a huge problem.

As well, you get into the tremendously complex problem of physician remuneration, in particular as it relates to home care where there are tremendous gaps and there is really no system for payment in a lot of cases.

You just raised the issue of telehealth, for example. There is no technological barrier to the application of telehealth. It is mostly a personnel barrier because you cannot impose it on the system or the people who are working in the system.

I do not know how to draw the three of you out, but I would like to hear you speak collectively about how home care could be integrated into the hospital system, the institutional sector.

How do you construct a system outside the hospital that would get adequate funding for technology and for drugs? Such a system would have to provide you with the flexibility to change your personnel in a way that you could accommodate the programs and the flexibility to change the remuneration system, particularly as it relates to physicians more than nurses and other health professionals who are usually salaried.

Can all three of you have a go at that and see what you come up with collectively?

**Mr. McDole:** Well, I could start by suggesting we need to reform how we remunerate the various players in the system, because with the current style of budgeting, it is a real challenge to pull all those things together.

If we were to look at managing the cost of treating a patient and allocating resources to that task, then you would be able to better allocate the appropriate resources — whether it be drugs in one instance or home care in another. By the way, home care and drugs are a tremendous complement because one will enable the other perhaps to take place. It would be a real challenge to do it without eliminating the silo budgeting we have currently.

**Mme Dunlop:** Eh bien, en fait, ils ont tous reçu une formation dans un établissement d'enseignement officiel, à l'exception des auxiliaires familiales à un échelon très élémentaire, à l'échelon le plus élémentaire.

**Le président:** C'est vous qui vous chargez de parfaire les compétences de vos employés?

**Mme Dunlop:** Oui, ou encore nous finançons leur inscription à un programme offert par un collège communautaire.

**Le sénateur Keon:** Il est intéressant que vous soyez tous les trois ici aujourd'hui parce que, ensemble, vous représentez un problème qui se pose aujourd'hui dans le système de santé. Traditionnellement, nous avons toujours su comment composer avec les médecins et les hôpitaux, mais nous nous sommes moins bien tirés d'affaire dans le domaine des soins à domicile, de la technologie et, bien entendu, des produits pharmaceutiques, particulièrement à l'extérieur. On gère relativement bien les produits pharmaceutiques dans les hôpitaux, mais, une fois que le patient a reçu son congé et a besoin de soins à domicile, un énorme problème se pose.

De même, on entre alors dans le problème formidablement complexe de la rémunération des médecins, en particulier en ce qui concerne les soins à domicile, où il existe de terribles lacunes et où, dans bien des cas, il n'y a pas vraiment de régime de rémunération.

Vous avez par exemple soulevé la question de la télémedecine. Il n'y a pas d'obstacle technologique à l'application de la télémedecine. Il s'agit principalement d'un obstacle lié à l'effectif puisqu'on ne peut imposer la télémedecine au système ni aux personnes qui y travaillent.

Je ne sais pas comment vous départager, mais j'aimerais vous entendre tous les trois au sujet de l'intégration possible des soins à domicile dans le réseau hospitalier, le secteur institutionnel.

Comment établir en marge de l'hôpital un système qui assurera un financement adéquat de la technologie des médicaments? Un tel système devrait vous conférer la latitude voulue pour modifier votre personnel de manière à répondre aux programmes et le régime de rémunération, celui des médecins plus que celui des infirmières et des autres professionnels de la santé, qui sont habituellement salariés.

Pourriez-vous tous les trois tenter une réponse? Nous verrons ce qui ressort collectivement de vos interventions.

**M. McDole:** Eh bien, je pourrais commencer par affirmer que nous devons réformer le mode de rémunération des divers intervenants du système parce que, compte tenu du type actuel de budgétisation, la conciliation de tous les différents éléments représente un véritable défi.

Si on se donnait pour tâche de gérer le coût du traitement d'un patient et d'allouer des ressources en fonction du but à atteindre, on serait mieux en mesure d'affecter les ressources appropriées — qu'il s'agisse des médicaments dans un cas ou des soins à domicile dans l'autre. Soit dit en passant, les soins à domicile et les médicaments se complètent à merveille dans la mesure où les uns permettent aux autres de se matérialiser. On aura beaucoup de

**Senator Keon:** Can you think of incentives to change from the silo budgeting?

**Mr. McDole:** I do not know how you would describe it, but it should be some kind of block funding system for treating a disease as opposed to the individual players in the field.

Right now we have a "divide and conquer" system where each player wants to make sure they get their piece of the pie. It is very difficult in that environment to take either the most economical route or the most appropriate use route.

**Senator Keon:** So if you had disease-based program funding, it would work fairly well for cancer, and I think it would work for some other areas such as heart disease, maybe diabetes, AIDS, probably arthritis, and then you run out.

**Mr. McDole:** Well, no, we have an experiment in Quebec now for a respiratory disease, so I think you would include asthma at least and some of the other respiratory diseases. I think a managed care system could apply to a greater number of diseases than the ones we just named.

**Mr. Goodhand:** I completely agree with Mr. McDole that one of the fundamental issues is silo funding.

Our experience with installing new technology is that inevitably there is a savings somewhere in the system. The closer that saving is to the point of purchase, the easier it is to justify the technology. The further that saving is away from the budget holder, the more difficult it is to introduce that new technology.

I think regionalization of health care is probably a step in the right direction. At least somebody looks at that funding envelope and says, "By spending this here, we save this here, and get people into a home care situation."

One of our members has a product that would get somebody out of a long-term institution and into a supportive home care and probably into a productive living mode as well.

In your report you quoted the 1998 study that discussed the indirect costs of health care, lost productivity and disability being as significant as the direct costs. I think that is one of the challenges we face here. By doing the right thing in the hospital that is integrated into what is happening with home care and that is integrated into the rest of the home care system, you can effect real change that will make people more productive living disease- or disability-free.

mal à y parvenir avant d'éliminer le financement cloisonné tel qu'il existe aujourd'hui.

**Le sénateur Keon:** Pouvez-vous penser à des incitatifs grâce auxquels on pourrait s'éloigner de la budgétisation cloisonnée?

**M. McDole:** Je ne sais pas comment le décrire, mais il faudrait recourir à une forme de système de financement global du traitement d'une maladie par opposition à celui des différents intervenants du domaine.

Aujourd'hui, nous misons sur un système en vertu duquel il faut diviser pour régner: chaque intervenant tient à s'assurer une part du gâteau. Dans ce contexte, il est très difficile d'opter pour la solution la plus économique ou la plus appropriée.

**Le sénateur Keon:** Un financement de programme axé sur les maladies donnerait d'assez bons résultats pour le cancer. Je pense aussi qu'il fonctionnerait dans d'autres secteurs comme les maladies coronariennes et peut-être le diabète, le sida, probablement l'arthrite, après quoi la source se tarit.

**M. McDole:** Non, parce que nous menons aujourd'hui au Québec une expérience relative à une maladie respiratoire. Je pense donc qu'on pourrait inclure au moins l'asthme et peut-être aussi certaines autres maladies respiratoires. Je pense que ces systèmes de soins gérés pourraient s'appliquer à un plus grand nombre de maladies que celles que vous venez de citer.

**M. Goodhand:** Je suis tout à fait d'accord avec M. McDole pour dire que le financement cloisonné est l'un des problèmes fondamentaux.

L'un des constats que nous faisons au moment d'installer une nouvelle technologie, c'est que des économies sont inévitablement réalisées dans l'un ou l'autre des secteurs du système. Plus les économies se rapprochent du point d'achat, plus il est facile de justifier les technologies. Plus les économies sont loin du responsable du budget, plus il est difficile d'introduire les nouvelles technologies.

Je pense que la régionalisation des soins de santé constitue probablement un pas dans la bonne direction. Il y a au moins quelqu'un qui, après avoir examiné l'enveloppe budgétaire déclare: «En dépensant telle ou telle somme ici, nous allons réaliser des économies là et offrir des soins à domicile à des personnes».

Un de nos membres offre un produit qui pourrait permettre à des personnes de sortir des établissements de soins prolongés pour vivre dans un contexte de soins à domicile de soutien et probablement mener une existence productive.

Dans votre rapport, vous citez l'étude de 1998 portant sur les coûts indirects des soins de santé, la perte de productivité et les invalidités se révélant aussi importantes que les coûts directs. Je pense qu'il s'agit là d'un des défis auxquels nous sommes confrontés. En faisant ce qu'il faut dans un hôpital intégré au système de soins à domicile et au reste du système de soins de santé, on pourra apporter de véritables changements qui donneront à des gens la possibilité de vivre une vie plus productive sans maladie ni invalidité.



To persuade a hospital or an OR that they have to quadruple their spending on a certain product to save money on the home care today will not fly — and that is a huge fragmentation. We do not have a health care system: we have multiple silos standing side by side.

**Ms Dunlop:** Without drugs and equipment, I could not have probably half my patients at home. Therefore, they are absolutely essential to effective home care.

In terms of integration, the path of least resistance perhaps is to do it through information. If you have an information network, you can begin to follow a patient and at least what they are utilizing from the public purse. I am not sure about whether or not you could do that for the private purse.

I think we can integrate through information. We must determine what patient outcomes are, beginning with the end in mind. We should know from the start what it is that we are trying to achieve: the three of us and our hospital partners should all know this when we begin. We really shouldn't be working ad hoc — which is generally the way we do it.

We are making some progress with care pathways that originate in the hospital, for example. Home care is socially complex. A 50-year-old man who has his first myocardial infarction and is at home and has extended health care and a wife and insurance through his work is going to have a different home care outcome than an 80-year-old woman who lives alone, perhaps in squalor, and she is having her first infarct at 80.

There is no "cookie-cutter" system in home care, because the social context comes into play much more prevalently than it does in an institution. We can certainly do a better job of integrating through information and through all of us starting from the same page.

**Senator Keon:** Can I bring the three of you back to information technology as it relates to information and communication?

Having spent most of my medical career struggling with this subject, I have become convinced of late that we have always approached this from the wrong end. We were trying to do it at the top, at the federal level, at the provincial level, at the big institutional level and then farm it out. I think we are doing it all backwards.

We should be starting at the patient level: provide the patient with a health card containing all of their information as well as the appropriate firewalls. You can have a repository for home care. You can have a repository for the hospitals with which you interface. You can have a regional repository, a provincial repository, a federal repository.

On ne parviendra pas à convaincre un hôpital ou une salle d'opération qu'il faut quadrupler l'investissement dans un certain type de produits pour réaliser des économies au titre des soins à domicile — et il s'agit là d'une énorme fragmentation. Nous ne disposons pas d'un réseau de la santé: nous avons plutôt affaire à de multiples silos posés côte à côte.

**Mme Dunlop:** Sans médicaments et sans matériel, la moitié de mes patients ne pourraient probablement pas rester à la maison. Par conséquent, il s'agit d'éléments absolument essentiels à la prestation de soins à domicile efficaces.

En ce qui concerne l'intégration, la voie de l'information est probablement celle qui engendre le moins de résistance. Grâce à un réseau d'information, on peut commencer à suivre un patient et, à tout le moins, la part des fonds publics qui lui est consacrée. J'ignore si on pourrait ou non le faire pour les dépenses privées.

Je pense que nous pouvons réaliser l'intégration au moyen de l'information. Nous devons cerner les résultats pour les patients en ayant d'abord l'issue à l'esprit. Nous devrions savoir d'entrée de jeu ce que nous cherchons à accomplir. Nos partenaires en milieu hospitalier et nous trois devrions tous être au courant en commençant. Nous ne devrions pas travailler de façon ponctuelle, ce qui est généralement la façon dont nous procédons.

Nous réalisons certains progrès grâce, par exemple, aux cheminement de soins qui prennent naissance à l'hôpital. Les soins à domicile sont complexes sur le plan social. Un homme de 50 ans qui subit son premier infarctus du myocarde, vit à la maison, bénéficie de soins prolongés et peut compter sur une épouse et une assurance grâce à son travail obtiendra, grâce aux soins à domicile, des résultats différents de ceux d'une femme de 80 ans qui vit seule, dans des conditions peut-être sordides, et qui subit son premier infarctus à 80 ans.

Dans le domaine des soins à domicile, il n'y a pas de remède universel parce que le contexte social joue un rôle beaucoup plus important que dans un établissement. Il est certain que nous pouvons faire beaucoup mieux au chapitre de l'intégration grâce à l'information et à l'utilisation du même point de départ par tous les intervenants.

**Le sénateur Keon:** Puis-je vous ramener tous les trois à la technologie de l'information dans ses rapports avec l'information et les communications?

Ayant passé le plus clair de ma carrière de médecin à sonder cette question, j'en suis récemment venu à la conclusion que nous l'avons toujours abordée par le mauvais bout de la loupe. Nous tentions de commencer par en haut, au niveau fédéral, au niveau provincial ou au niveau des grands établissements pour ensuite diffuser les résultats. Je pense maintenant que nous procédons à l'envers.

Nous devrions commencer au niveau du patient, en munissant ce dernier d'une carte-santé contenant tous les renseignements qui le concernent et munie de tous les coupe-feu nécessaires. On pourrait avoir un dépôt de données pour les soins à domicile et pour les hôpitaux avec qui vous interagissez. On pourrait également avoir un dépôt régional, un dépôt provincial et un dépôt fédéral.

Technologically — as the pundits in the business tell me — it is really quite possible, and in fact, in another life I am kind of working on it.

What do you think of all that? Tell me.

**Mr. Goodhand:** I completely agree. I have had personal experience with a family member both in a hospital setting and in home care. We actually made the health care system work and ended up with extremely good health care in Canada because of an informed patient and an informed patient advocate. We connected the information that was necessary. Had we been elderly or less able to communicate with physicians, we would have had a terrible experience because the system did not connect and it was not patient-centric.

So just from my personal experience, I think that approach is definitely there.

Methods such as tele-monitoring can play a role in the link between the hospital base and home care: tele-monitoring clearly is patient-centred.

**Mr. McDole:** Did you mean sort of a health funding account for every individual patient as well then?

**Senator Keon:** Yes, that could be included. Perhaps now we could just stick to medical information.

**Mr. McDole:** Yes, I agree it is essential that we share the information better than we do today among all of the various players, no question about it.

**Senator Keon:** Where do you think it should come from? Do you think the federal government should spend \$10 billion setting up an information system that will never work? Or do you think we should build health cards that the individual will carry and the individual would have the right to privacy as they release the various firewalls in that system?

**Mr. McDole:** As a consumer, I would prefer it to be on my health card — a "smart-card" — that knows everything about me and my health needs.

**Mr. Goodhand:** You could spend \$2 billion on one that really did work, and maybe that would be worth it, but \$10 million on one that does not work, no.

**Ms Dunlop:** I agree. I have heard of an individual who was so frustrated with frequent admissions that he put his health history on a CD ROM and would hand it in when he went to the ER and tell them to plug it in.

So I do think it would cut down tremendously on errors and inappropriate use of resources. With home care, our health care professionals are sending paper copy back and forth to physician offices. If we had good, solid information at the local level that we could share easily, we might be able to overcome the physician frustration with home care. Physicians are frustrated because they cannot leave a waiting room full of patients to go out and look

Sur le plan technologique, les pontes du domaine m'ont dit que c'était tout à fait possible. Dans une autre vie, je suis en quelque sorte en train d'y travailler.

Qu'en pensez-vous tous les trois? Dites-moi.

**M. Goodhand:** Je suis tout à fait d'accord. J'ai vécu une expérience personnelle avec un membre de ma famille qui a bénéficié de soins hospitaliers et de soins à domicile. En fait, nous sommes parvenus à faire fonctionner le système de soins de santé et avons obtenu au Canada des soins d'une extrême qualité grâce à un patient éclairé et à un défenseur des patients éclairés. Nous avons établi les liens nécessaires entre les informations. Si nous avions été âgés ou incapables de communiquer avec les médecins, nous aurions connu une expérience épouvantable parce que le système n'était pas intégré ni axé sur le patient.

Selon mon expérience personnelle, je pense donc qu'une telle approche existe assurément.

Des méthodes comme le télémonitorage peuvent jouer un rôle en ce qui concerne les soins hospitaliers et les soins à domicile: le télémonitorage est sans contredit axé sur les patients.

**M. McDole:** Vouliez-vous également parler d'une sorte de compte santé pour tous les patients?

**Le sénateur Keon:** Oui, cela pourrait en faire partie. Mais peut-être devrions-nous nous en tenir aux données médicales.

**M. McDole:** Oui, je suis d'accord pour dire qu'il est essentiel que les divers intervenants doivent mieux échanger l'information qu'aujourd'hui. Cela ne fait aucun doute.

**Le sénateur Keon:** D'où pensez-vous que l'initiative devrait venir? Pensez-vous que le gouvernement fédéral devrait dépenser 10 milliards de dollars pour constituer un réseau d'informations qui ne fonctionnera jamais? Pensez-vous au contraire que nous devrions créer des cartes-santé que les particuliers auront avec eux, étant entendu que leurs renseignements personnels seront protégés grâce aux divers coupe-feu qui seront produits?

**M. McDole:** À titre de consommateur, je préférerais que les renseignements figurent sur ma carte-santé — une «carte intelligente» — qui saurait tout sur moi et mes besoins en santé.

**M. Goodhand:** On pourrait consacrer deux milliards de dollars à une carte qui fonctionne, et cela vaudrait peut-être le coup, mais il serait inacceptable d'affecter 10 millions de dollars à une autre qui ne fonctionne pas.

**Mme Dunlop:** Je suis d'accord. J'ai entendu parler du cas d'une personne si frustrée par ses multiples admissions qu'elle a consigné son histoire médicale sur un CD ROM. À son arrivée à la salle d'urgence, elle le remettait au préposé et lui demandait de le mettre dans l'ordinateur.

Je pense qu'une telle mesure ferait beaucoup pour éliminer les erreurs et les utilisations impropres des ressources. Dans le domaine des soins à domicile, nos professionnels de la santé échangent des documents sur support papier avec les cabinets de médecins. Si nous disposions de renseignements solides et de qualité au niveau local, que nous serions en mesure d'échanger facilement, nous pourrions éliminer la frustration des médecins à



after someone who is at home and perhaps we sometimes call them inappropriately.

Electronic health records, a series of pilot projects, and the expansion of those would take us a long way, as long as we are maintaining people's privacy and allowing only the appropriate people access to the information.

My father was a very sick man, and he had this document and he would hand it in at the ER. It was all typewritten. He just refused to go through it one more time. I think patients who have chronic illnesses get frustrated and do not want to go through the whole story again, and then we operate, as health care practitioners, with half the information.

**Senator LeBreton:** Senator Keon's questions are a perfect entree into what I wanted to raise. Mr. McDole, I would like to talk about the issue of inappropriate use of medications.

A few years ago, I sat on a committee with John Crispo. He talked about health smart-cards then — he used that term. A system like that makes sense. You would have to ensure that the information was properly protected, and I am curious as to how you see the privacy issue resolved.

However, we have people who have been prescribed pharmaceuticals that they are not taking. We have people running from one doctor to the next and having prescriptions filled in different pharmacies. In addition to that, they are buying over-the-counter drugs and probably are causing great damage to themselves in whatever illness for which they are being treated.

In your statement, you refer to "unintended and undesirable results" of studies being done. Have you given some thought from your industry's perspective as to how this particular problem can be addressed and overcome?

**Mr. McDole:** The reference that we made to the managed care system would be probably the most efficient way of dealing with that. It is much more complex than the inappropriate use. It can be overuse, as you have described. It can also be underuse — patients who do not comply, do not take their medications or seek help in the first place.

It is a case of managing both sides of that coin. We need a more close system that would involve all of the stakeholders and provide more appropriate follow-up and interventions at different levels. It would lead to better outcomes at the end of the day.

**Senator LeBreton:** So you generally would support a health smart-card?

l'égard des soins à domicile. Si les médecins sont frustrés, c'est parce qu'ils ne peuvent pas quitter une salle d'attente remplie de patients pour aller s'occuper d'une personne qui vit à domicile. Peut-être aussi leur téléphonons-nous quant il n'y aurait pas lieu de le faire.

Des dossiers médicaux sur support électronique, une série de projets pilotes et l'expansion de ces derniers nous feraient réaliser des progrès considérables, tant et aussi longtemps que nous assurons la protection des renseignements personnels et que seules les personnes compétentes ont accès aux renseignements.

Mon père était un grand malade, et il avait en main un document qu'il remettait à son arrivée à la salle d'urgence. Tout était écrit à la machine. Il refusait carrément de revenir une fois de plus sur son histoire médicale. Je pense que les patients atteints d'une maladie chronique en viennent à éprouver de la frustration et ne souhaitent pas revenir une fois de plus sur leurs antécédents. C'est pourquoi, en tant que praticiens des soins à domicile, nous exerçons nos activités avec la moitié seulement des informations nécessaires.

**Le sénateur LeBreton:** Les questions du sénateur Keon constituent une entrée en matière parfaite pour les enjeux que je souhaite soulever. Monsieur McDole, j'aimerais discuter avec vous de la question de l'utilisation inappropriée des médicaments.

Il y a quelques années, j'ai siégé à un comité aux côtés de John Crispo. À l'époque, il était question de «cartes intelligentes» — c'est l'expression qu'il utilisait. Un système de ce genre paraît sensé. Il suffirait de veiller à ce que les renseignements soient adéquatement protégés, et je me demande comment vous vous y prendriez pour régler le problème de la confidentialité.

Cependant, il y a des personnes à qui on prescrit des médicaments qu'elles ne prennent pas. Il y a des personnes qui vont d'un médecin à l'autre et qui font remplir des ordonnances par des pharmacies différentes. En plus, elles achètent des médicaments en vente libre et se causent probablement à elles-mêmes des torts considérables, quelle que soit la maladie pour laquelle elles sont traitées.

Dans votre témoignage, vous avez fait allusion aux «résultats inattendus et indésirables» d'études en cours. Votre industrie a-t-elle réfléchi au moyen de régler et de surmonter ce problème particulier?

**M. McDole:** C'est probablement le système de soins géré auquel nous avons fait allusion qui constituerait le moyen le plus efficace de faire face à la situation. Le problème va bien au-delà de l'utilisation inappropriée. Il y a des cas de surconsommation, comme vous l'avez indiqué. Il y a aussi des cas de sous-utilisation — des patients qui ne se conforment pas aux directives, ne prennent pas leurs médicaments ou, dans un premier temps, ne vont pas chercher de l'aide.

Il faut administrer les deux côtés de la médaille. Nous devons nous doter d'un système plus rapproché auquel participeraient l'ensemble des intervenants et qui permettrait des interventions et des suivis plus appropriés à différents niveaux. Au bout du compte, on obtiendrait de meilleurs résultats.

**Le sénateur LeBreton:** Vous êtes donc généralement favorable à l'idée d'une carte-santé intelligente?

**Mr. McDole:** Yes. We need an efficient way to communicate that information — presumably electronically in some fashion — whether it is through the patient's records or through their health card or some other means.

**Senator LeBreton:** Mr. Goodhand, in your testimony, you talked about the re-use of single-use devices, and I wrote one word on the paragraph, "Scary!" with a big exclamation mark.

How prevalent is this and what kind of savings do the facilities who subscribe to this practice think they are affecting?

**Mr. Goodhand:** This practice has been around for probably a decade or more because of health care constraints. The only real reason for re-using a single-use device is to save money.

A Health Canada report, which will come out in the next month or so, will show that it is fairly widespread and that most hospitals do not have written procedures for how and when to re-use single-use devices.

Two independent surveys, which will be released next month, indicate that this practice is fairly prevalent. Because of these reports, hospitals have conducted some recent assessments as to whether or not to re-use some of their most sensitive products. "Scary" is a good word.

**Senator LeBreton:** To say nothing of the potential patients' faith in the system I think that they still have some faith in.

**Mr. Goodhand:** Right. We have often said that if the patient knew the product had been re-used, they may have a different discussion with their physician.

**The Chairman:** No kidding. Well, that has certainly shaken up a lot of us who are not in the medical profession.

**Senator Callbeck:** Did I understand you to say that in some of the hospitals there is no standard regarding using these devices?

**Mr. Goodhand:** Again, I am cautioning my remarks here because I would like to wait for the reports coming forth from Health Canada and another associated body. I believe they surveyed 700 hospitals and had 400 responses. It shows that in most cases, when they are re-using, there is not a written procedure.

Industry's biggest concern is that Health Canada puts us through enormous and appropriate scrutiny to make sure that the device that we have sold as a single-use, is not only sterile but that it will perform as it is expected to perform, for example, that a balloon catheter will expand at the same rate. If that product is re-sterilized half a dozen times or 25 times, we as a manufacturer can no longer have any control over how it performs.

**M. McDole:** Oui. Nous avons besoin d'un moyen efficace de communiquer les renseignements — sur un médium électronique quelconque, peut-on imaginer — qu'il passe par le dossier du patient, sa carte-santé ou un autre médium.

**Le sénateur LeBreton:** Dans votre témoignage, monsieur Goodhand, vous avez fait allusion à la réutilisation d'instruments conçus pour un usage unique, et, sur le paragraphe, j'ai écrit un mot: «Terrifiant!» avec un gros point d'exclamation.

Dans quelle mesure la pratique est-elle prévalente? Quel genre d'économies les établissements qui s'y adonnent espèrent-ils réaliser?

**M. Goodhand:** On observe la pratique depuis probablement une décennie ou un peu plus, en raison des compressions dans la santé. Si on réutilise un instrument destiné à un usage unique, c'est uniquement pour économiser de l'argent.

Un rapport de Santé Canada qui sera rendu public d'ici une trentaine de jours montrera que la pratique est relativement répandue et que la plupart des hôpitaux ne sont pas dotés de procédures écrites concernant la façon de réutiliser des instruments destinés à un usage unique et le moment où il convient de le faire.

Deux études indépendantes, qui seront publiées le mois prochain, indiquent que la pratique est relativement prévalente. En raison de ces rapports, les hôpitaux ont procédé à certaines évaluations récentes pour établir s'il convient ou non de réutiliser certains de leurs produits les plus sensibles. «Terrifiant» est le mot qui convient.

**Le sénateur LeBreton:** Sans parler du degré de confiance qu'ont les patients dans le système — je crois qu'ils lui font toujours une certaine confiance.

**M. Goodhand:** Exactement. Nous avons souvent dit que les patients auraient des discussions différentes avec leur médecin s'ils savaient que les produits sont réutilisés.

**Le président:** Sans blague. Eh bien, la révélation a certainement secoué bon nombre d'entre nous qui ne faisons pas partie de la profession médicale.

**Le sénateur Callbeck:** Dois-je comprendre que, selon vous, certains hôpitaux n'ont pas de normes concernant l'utilisation de ces instruments?

**M. Goodhand:** Une fois de plus, j'assortis mes propos d'un hémol parce que je préférerais attendre de voir les rapports qui émaneront de Santé Canada et d'un autre organisme associé. Je crois qu'on a fait parvenir un questionnaire à 700 hôpitaux et obtenu 400 réponses. Les résultats montrent que, dans la plupart des cas où des instruments sont réutilisés, il n'y a pas de directives écrites.

La plus grande inquiétude de l'industrie, c'est que Santé Canada nous assujettisse à une procédure de surveillance énorme et appropriée pour s'assurer que l'instrument que nous avons vendu pour un usage unique est non seulement stérile, mais en plus qu'il fonctionnera comme il doit fonctionner, par exemple qu'une sonde à ballonnet se gonflera toujours au même rythme. Si le produit est stérilisé de nouveau une demi-douzaine de fois ou 25 fois, le fabricant n'a plus de contrôle sur son rendement.



Industry has said is that there really should be no re-use of a single-use device. However, if that re-use takes place, the hospital should be held to the same standards as industry was when the product was introduced in the first place. That is a good question to ask your physician next time.

**Senator Callbeck:** Ms Dunlop, did you say that there were six classifications in home care?

**Ms Dunlop:** In homemaking.

**Senator Callbeck:** Just in homemaking there are six?

**Ms Dunlop:** In Ontario, a level 1 homemaker is considered someone that we have recruited with some skills and whom we have trained. Level 2 is a community college program. Now we have a personal support worker, and then there are still categories out there of health care aides that are no longer being trained in Ontario. So there are five right there, just in Ontario. These people are not covered by regulated health professions. They have no legislation overseeing their practice.

**Senator Callbeck:** For the basic one, who do you hire there or what do you look for?

**Ms Dunlop:** Well, our work force is still 96 per cent female. The people that are hired just for general housekeeping duties are usually people that have run a household themselves, have experience with elder care or child care, but those are people that are doing light housekeeping, meal preparation and laundry. They are not in a position to assist with personal care, do transfers, feeding and so forth. They have to be trained specifically for that.

**Senator Callbeck:** So there is no educational level there?

**Ms Dunlop:** Not specifically. In New Brunswick, in particular, these are minimum wage workers. It is terrible.

**Senator Callbeck:** I believe you said you are in six provinces?

**Ms Dunlop:** Yes.

**Senator Callbeck:** You are in New Brunswick?

**Ms Dunlop:** Yes.

**Senator Callbeck:** Are you in any other Atlantic provinces?

**Ms Dunlop:** Nova Scotia. Nova Scotia provides a little better reimbursement than New Brunswick.

**Senator Callbeck:** How long have you been in those two provinces?

L'industrie a affirmé qu'on ne devrait pas réutiliser un instrument conçu pour un usage unique. Si, cependant, on réutilise des instruments, l'hôpital devrait être tenu d'observer les mêmes normes que l'industrie au moment où le produit a été mis en marché pour la première fois. Il s'agit d'une bonne question à poser à votre médecin à l'occasion de votre prochaine visite.

**Le sénateur Callbeck:** Madame Dunlop, avez-vous dit qu'il existe six classifications dans le domaine des soins à domicile?

**Mme Dunlop:** Je parlais des services d'auxiliaire familiale.

**Le sénateur Callbeck:** Il y en a six dans le domaine des services d'auxiliaire familiale seulement?

**Mme Dunlop:** En Ontario, on considère une auxiliaire familiale de niveau 1 comme une personne que nous avons recrutée parce qu'elle possédait certaines compétences et que nous avons formée. Le niveau 2 correspond à un programme offert par un collège communautaire. Il y a aussi des préposés aux services de soutien à la personne, sans oublier des catégories d'aides-soignantes qui ne sont plus formées en Ontario. Il y en a donc déjà là cinq, seulement en Ontario. Ces personnes ne sont pas des professionnels de la santé réglementés. Aucune disposition législative ne régit leur pratique.

**Le sénateur Callbeck:** Pour les emplois les plus élémentaires, qui embauchez-vous? Que recherchez-vous?

**Mme Dunlop:** Eh bien, notre effectif se compose à 96 p. 100 de femmes. Les personnes dont nous retenons les services pour des tâches d'entretien ménager général ont habituellement elles-mêmes vaqué aux soins d'un foyer et possèdent une expérience des soins aux aînés et aux enfants, mais il s'agit de personnes qui effectuent de légers travaux ménagers, préparent les repas et font la lessive. Elles ne sont pas en mesure de s'occuper des soins personnels, d'effectuer des transferts, de nourrir les patients et ainsi de suite. Les personnes appelées à effectuer de telles tâches doivent recevoir une formation spécifique.

**Le sénateur Callbeck:** On n'exige donc pas de niveau de scolarité particulier?

**Mme Dunlop:** Pas de façon spécifique. Au Nouveau-Brunswick, en particulier, il s'agit de personnes qui travaillent au salaire minimum. C'est terrible.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez dit, je crois, que votre entreprise était présente dans six provinces?

**Mme Dunlop:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Elle est présente au Nouveau-Brunswick?

**Mme Dunlop:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Qu'en est-il des autres provinces de l'Atlantique?

**Mme Dunlop:** La Nouvelle-Écosse. Le remboursement de la Nouvelle-Écosse est un peu supérieur à celui du Nouveau-Brunswick.

**Le sénateur Callbeck:** Depuis combien de temps vous retrouvez-vous dans ces deux provinces?

**Ms Dunlop:** The organization has been in those two provinces for about 10 or 15 years. I have only been with Comcare for four years. We have been lobbying the province of New Brunswick consistently every year of the four years with no change. We have made significant progress in other provinces.

**Senator Callbeck:** Mr. McDole, I do not have a question for you, but I was curious about a statement in your brief. I was quite surprised when you mentioned approval rates of new drugs by province and that if one province accepts the drug, there is an extreme pressure on the other one to accept it.

**Mr. McDole:** The implication — perhaps I misinterpreted what I read — was that they were succumbing to that pressure. I do not see any evidence of that. There is tremendous variation from province to province, so whatever pressure there is, they seem to be managing it quite well from that point of view.

**Senator LeBreton:** I meant to ask you, Mr. McDole, about that. On the graph that you have provided where you have got the drug approvals for new drugs and you see Quebec obviously, you know, they are quite high and Ontario is at nine, New Brunswick at seven and P.E.I. four.

How does a company like yours deal with that, when you obviously have drugs that are approved in some provinces and then in other provinces — and I specifically look at Quebec and Ontario, because I live in Ottawa, right on the Quebec border. I think people assume, probably incorrectly, that when a drug is approved coming into Canada, that they do not get into this provincial approval.

So how do you deal with that, other than having to pay lobbyists, I guess? That must cause a company like yours significant difficulty?

**Mr. McDole:** It is a challenge. There is no question about it. You try to circumvent that by doing good research in the first place, to get good products that will meet medical needs and that will become part of those percentages without a lot of debate.

We do a lot of health economic studies and other backup support to prove the benefit and the value-added of our medicines to the system.

It is a constant challenge. Fortunately, as you can see there, the Province of Quebec — which is not a small province — is more favourable to our industry. In some parts of the country you have very little business and in other parts you get a lot of business.

That is one of the reasons it strikes fear in your heart to have a national formulary.

**Senator LeBreton:** Yes, that is right.

**Mme Dunlop:** L'organisation évolue dans ces deux provinces depuis 10 ou 15 ans. Je ne travaille moi-même pour Comcare que depuis quatre ans. Nous faisons pression sur la province du Nouveau-Brunswick, constamment, tous les ans, depuis quatre ans, sans qu'il y ait de changement. Nous avons fait des progrès considérables dans d'autres provinces.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur McDole, je n'ai pas de question à vous poser, mais vous tenez dans votre mémoire des propos qui m'intriguent. J'ai été très étonnée de constater les taux d'approbation de nouveaux médicaments par province que vous y mentionnez et d'y apprendre que si une province en particulier accepte un médicament donné, des pressions extrêmes s'exercent sur l'autre pour qu'elle accepte elle aussi.

**M. McDole:** Cela donne à penser — peut-être ai-je mal interprété ce que j'ai lu — qu'elles cèdent aux pressions en question. Je ne vois pas de raison de le croire. La situation varie énormément d'une province à l'autre; par conséquent, quelles que soient les pressions qui s'exercent, les provinces semblent très bien s'en tirer de ce point de vue.

**Le sénateur LeBreton:** Je voulais justement vous sonder là-dessus, monsieur McDole. Dans le graphique que vous avez fourni — il y est question de l'approbation des nouveaux médicaments et on y voit que le Québec, évidemment, vous le savez, c'est très élevé et il y a l'Ontario à neuf, le Nouveau-Brunswick à sept et l'Île-du-Prince-Édouard à quatre.

Comment fait une compagnie comme la vôtre pour composer avec une telle situation? Vous avez manifestement des médicaments qui sont autorisés dans certaines provinces, alors que dans d'autres — et je parle particulièrement du Québec et de l'Ontario, car j'habite moi-même à Ottawa, tout près de la frontière québécoise. Je crois que les gens présument, probablement à tort, que lorsqu'un médicament est approuvé pour être mis en marché au Canada, ils n'ont pas à s'engager dans des démarches pour le faire approuver par la province.

Comment composez-vous donc avec cette situation, autrement qu'en payant, forcément, des lobbyists? Cela doit entraîner des difficultés considérables pour une compagnie comme la vôtre?

**M. McDole:** C'est un problème. Cela ne fait aucun doute. On essaie de contourner le problème en faisant de bonnes recherches au départ, en ayant de bons produits qui répondent à des besoins médicaux — et cela va transparaître dans les pourcentages donnés, sans qu'il y ait tout un débat.

Nous effectuons beaucoup d'études sur l'économie de la santé et établissons nombre de données en vue d'étayer nos dires, afin de démontrer l'avantage et la valeur ajoutée de nos médicaments dans le contexte du système.

C'est un défi constant. Heureusement, comme vous pouvez le voir, la province du Québec — qui n'est pas une petite province — est relativement plus favorable à notre industrie. Dans certaines régions du pays, vos affaires sont peu importantes, alors qu'ailleurs, vous avez un bon volume.

C'est une des raisons pour lesquelles l'idée d'un formulaire national vous donne la trouille.

**Le sénateur LeBreton:** Oui, tout à fait.



**Mr. McDole:** National formularies are great if you are going to bring the best medicine to the patient at all times, regardless of his or her ability to pay.

Formularies, by nature of their implementation, tend to become very quickly a measure to prevent the use and restrict the use. They become cost-containment measures as opposed to providing the best possible medicine to the patient at the right time and at the right price.

**Senator LeBreton:** What would be the ideal vis-à-vis the role of the federal government in dealing with this?

**Mr. McDole:** If I could believe that we would have a national formulary that would bring the best possible medicine to all patients at all times, I would not object.

In the absence of that, I think we have to look at outcomes and choose the best possible medicine for the patient on an individual basis.

**Senator Morin:** Mr. Goodhand, does your association represent all companies, for example, Medtronic, Siemens and Phillips? I wanted to address a question to those representing the Canadians. Is there an organization that represents only the Canadian medical device companies?

**Mr. Goodhand:** No, our membership, and I can provide you with some details on that, is about 50 per cent Canadian, 50 per cent multinational.

**Senator Morin:** As you know, there are several problems, but one of the major problems of our health care delivery system is that we are near the bottom of the OECD countries as far as the medical technology. One reason for this is that our Canadian medical device industry is so poor. There is very little going on.

There has not been a lot of support from the government for that industry. For example, Industry Canada has a technology development program that supports everything, the environment industry and everything, and gives low or interest-free loans to various industries. However, for some reason the medical devices are not part of that list.

If you compare Canada to other countries such as Germany, the U.S., or France, where the medical device industry is very strong, you can see that is not the case in this country.

Maybe we should address this differently. I think we should address just the Canadian situation here. I do not feel that bad about Siemens and Phillips and Medtronic. I do not think they need our support as much as the Canadian industry here. I realize that you will not agree with that because that comprises 50 per cent of your membership, but I think that is one of the answers to our problem here.

**M. McDole:** Le formulaire national, c'est très bon si vous essayez de faire en sorte que le malade bénéficie tout le temps du meilleur médicament, quelle que soit sa capacité de payer.

Le formulaire, de par la façon dont il est appliqué, tend à devenir très rapidement une mesure qui a pour effet de prévenir l'utilisation, de restreindre l'utilisation. Il devient une mesure de limitation des coûts, plutôt qu'une façon de fournir le meilleur médicament possible aux malades, au bon moment, au bon prix.

**Le sénateur LeBreton:** Quelle serait la façon idéale pour le gouvernement fédéral d'envisager son rôle à cet égard?

**M. McDole:** Si je croyais que l'adoption d'un formulaire national nous permettrait de toujours donner aux malades le meilleur médicament possible, je ne m'y opposerais pas.

Par ailleurs, je crois que nous devons étudier les résultats et choisir le meilleur médicament possible pour le malade, de façon individuelle.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Goodhand, votre association représente-t-elle toutes les compagnies, par exemple, Medtronic, Siemens et Phillips? Je voulais adresser une question aux personnes qui représentent les compagnies canadiennes. Y a-t-il une organisation qui représente uniquement les entreprises canadiennes qui fabriquent des instruments médicaux?

**M. Goodhand:** Non, notre association — et je peux vous fournir des précisions là-dessus — se compose à 50 p. 100 d'entreprises canadiennes et à 50 p. 100 d'entreprises multinationales.

**Le sénateur Morin:** Comme vous le savez, il y a plusieurs problèmes, mais un des principaux problèmes de notre système de prestation des soins de santé, c'est que nous nous situons près du bas du classement des pays membres de l'OCDE pour ce qui est de la technologie médicale. Une des raisons de cela, c'est que notre industrie canadienne des instruments médicaux fait si piètre figure. Il y a très peu de choses qui se passent dans le domaine.

Le gouvernement a beaucoup soutenu cette industrie. Par exemple, Industrie Canada applique un programme pour la mise au point de procédés technologiques qui soutient tout, l'industrie de l'environnement et tout le reste, et qui consent à diverses industries des prêts à faible taux d'intérêt, sinon des prêts sans intérêts. Toutefois, pour une raison ou une autre, les instruments médicaux ne font pas partie de la liste.

Si vous comparez le Canada à d'autres pays comme l'Allemagne, les États-Unis ou la France, là où l'industrie des instruments médicaux est très forte, vous constatez que notre pays n'est pas très fort dans le domaine.

Nous devrions peut-être aborder la question différemment. Je crois que nous devrions nous pencher uniquement sur la situation canadienne. Je ne me soucie pas beaucoup de Siemens et de Phillips et de Medtronic. Je ne crois pas que ces entreprises aient besoin de notre soutien autant que l'industrie canadienne. Je sais bien que vous ne serez pas d'accord, car ces entreprises représentent la moitié de nos membres, mais je crois que cette façon de penser est l'une des solutions au problème que nous voyons ici.

Mr. McDole, I share your support and your concern about your reference pricing, but one issue that affects all third payers around the world, is the fact that drugs are prescribed by physicians. Consumers do not buy them. That is, of course, an issue.

We know that study after study has shown that physicians are not terribly concerned about the cost of the drugs they prescribe. They are very much influenced by marketing. That is a fact of life. They are also unable to resist their patient's specific request for a given drug. Many studies have shown this.

I will pose this question to you. If two drugs are of equal value in a given situation but one is much cheaper than the other, how can we make sure that the cheaper drug is prescribed?

**The Chairman:** I will also let Mr. Goodhand comment. I have no doubt he is anxious to comment. Go ahead, Mr. McDole.

**Mr. McDole:** I think that the mechanism we have for the Patented Medicine Prices Review Board already takes that into account. Drugs in a class, by and large, are almost all the same price. There is a very small range of difference for drugs in the same class.

Where we have the difference is between the brand and the generic. When a drug is off patent, then clearly the choice should be the generic.

**The Chairman:** If your logic is right or if your facts are right, which is that all drugs in a class are essentially the same, then why would you possibly argue about therapeutic substitutions? If they are all essentially the same and they are all relatively the same medically, what is your problem?

**Mr. McDole:** They are all the same price, and that was my point. You do not benefit much by limiting yourself to the one choice. By limiting the choice, you put a tremendous disadvantage for the patient and the physician, because they are not all the same in terms of what works for one patient and what works for another. So having the choice within a class gives the physician a wider likelihood of getting the results but without any real economic disadvantage to the payer.

**Senator Morin:** I do not want to belabour the point, but I can send you drugs in the same class where the price varies by a large factor. I am sure we can find them — ACE inhibitors, for example.

In that situation, let us say it is a hypothetical situation, how can we make sure that the cheaper drug is prescribed?

Comme vous, j'appuie l'idée de l'établissement du coût en fonction du produit de référence et j'ai des préoccupations à ce sujet, mais la question qui touche tous les tiers payeurs, dans le monde entier, c'est le fait que les médicaments sont prescrits par des médecins. Les consommateurs ne les achètent pas. Bien entendu, il faut en tenir compte.

Nous savons que maintes études ont démontré que les médecins ne se soucient pas terriblement du coût des médicaments qu'ils prescrivent. Ils sont très influencés par le marketing. C'est une réalité. Ils sont incapables de dire non aux malades qui demandent un médicament particulier. Nombre d'études l'ont démontré.

Je vais vous poser cette question. S'il existe deux médicaments de valeur égale pour une situation donnée, mais que le premier est beaucoup moins cher que le deuxième, comment pouvons-nous nous assurer que c'est le médicament le moins cher qui sera prescrit?

**Le président:** Je veux aussi laisser à M. Goodhand le soin de répondre. Je suis sûr qu'il souhaite formuler des observations. Allez-y, monsieur McDole.

**M. McDole:** Je crois que le mécanisme en place au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés en tient déjà compte. Les médicaments d'une catégorie donnée, pour l'ensemble, sont presque tous vendus au même prix. Les différences de prix sont très faibles pour les médicaments qui font partie d'une même catégorie.

Là où il y a une différence, c'est entre le médicament breveté et le médicament générique. Quand le brevet cesse de s'appliquer, il est clair qu'il faut choisir le médicament générique.

**Le président:** Si votre logique est bonne ou si vos faits sont exacts — c'est-à-dire que tous les médicaments d'une catégorie sont essentiellement les mêmes —, alors pourquoi même discuter de la substitution de médicaments? Si les médicaments sont essentiellement les mêmes et qu'ils sont essentiellement les mêmes sur le plan médical, où est le problème?

**M. McDole:** Ils sont tous vendus au même prix: c'est ce que je voulais dire. Il n'est pas avantageux de se limiter à un seul choix. En limitant le choix, on crée une situation extrêmement désavantageuse pour le malade et pour le médecin, car tous les médicaments ne sont pas pareils pour ce qui est des effets sur un patient en particulier, plutôt qu'un autre. Le fait de pouvoir choisir parmi les médicaments faisant partie d'une catégorie fait que le médecin a de meilleures chances d'obtenir les résultats voulus, sans que cela ne représente un inconvénient économique véritable pour le payeur.

**Le sénateur Morin:** Je ne veux pas m'acharner sur la question, mais je peux vous signaler des cas où les médicaments d'une même catégorie présentent un écart de prix considérable. Je suis sûr que nous pouvons en trouver — il y a, par exemple, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine.

Dans une telle situation, disons une situation hypothétique, comment nous assurer que c'est le médicament le moins cher qui est prescrit?



**Mr. McDole:** I would like to clarify that we are in a transition mode. Certainly anything post the introduction of the Patented Medicine Prices Review Board, that sets the ceiling, the price and the class.

Since we already have the lowest prices in the world practically, the likelihood of the price spread being much other than being clustered around that maximum price is pretty small. Where you see the greatest spread is where there is a drug that was launched before the controls versus after. There you see a greater spread.

**Mr. Goodhand:** With respect, senator, I would suggest that it is the other way around. It is not the absence of a strong Canadian medical device technology industry, it is that Canadians do not have access to the best in medical technology. It is an issue of the way we deliver health care that really determines the penetration or the availability of the best in the world of medical technology.

Going one step further, it is the nature of the Canadian marketplace for purchasing health care technology. That is why we do not have a stronger device industry.

Which of these two comes first? I am not sure. You are absolutely right, they are linked. They are clearly linked, and that is why, in my presentation, I was asking for not just a continued investment in health care research, but linking that to an innovative industry.

We have a handful of companies that have proven that they can compete with the very best in the world. Some of our major multinationals have played a significant role in taking products made in Canada, invented in Canada. I presented an award last week to Dr. George Klein, an electrophysiologist from London, a MEDEC award winner. His product had been taken and was commercialized by Medtronic and was made in this country. The question of access to that technology is a totally different issue.

Following up on the point of who represents the Canadian companies, there are regional associations: in the past, we were not linked. In the last nine months we have made linkages with those associations. We are also working with the Ministry of Energy, Science and Technology in Ontario, with Industry Canada, and we are starting a relationship with industry in Quebec to actually do industry building and working with the National Research Council.

I spend 35 per cent of my time on trying to create that stronger Canadian industry to capture the research that is done here in our universities and not just let that value go off-shore.

We are committed to doing that, but the absence of a strong device industry is not why the technology is missing from Canadian health care.

**M. McDole:** J'aimerais préciser que nous sommes en mode de transition. Certes, tout ce qui est postérieur au Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés, qui détermine le plafond, le prix et la catégorie.

Comme nous avons déjà les prix les moins élevés dans le monde, pratiquement, les probabilités que l'éventail de prix se situe ailleurs qu'autour du prix maximal fixé sont très minces. Là où l'écart est le plus grand, c'est dans le cas d'un médicament qui a été mis en marché avant l'instauration des contrôles. Alors, l'éventail est plus vaste.

**M. Goodhand:** Avec tout le respect que je vous dois, sénateur, je vous dirais que c'est l'inverse qui se produit. Ce n'est pas l'absence d'une industrie canadienne des instruments médicaux digne de ce nom qui est en cause, c'est que les Canadiens n'ont pas accès à la meilleure technologie médicale qui soit. C'est la façon de fournir les soins de santé qui détermine vraiment le degré de pénétration ou d'accessibilité de la meilleure technologie médicale qui soit dans le monde.

Allons un peu plus loin: c'est la nature même du marché canadien pour l'achat de la technologie des soins de santé qui est en cause. C'est pour cela que nous n'avons pas une solide industrie des instruments médicaux.

Où est la cause et où est l'effet? Je n'en suis pas sûr. Vous avez tout à fait raison, les deux sont liés. Ils sont clairement liés, et c'est pourquoi, durant mon exposé, je demandais non seulement un investissement continu dans la recherche sur les soins de santé, mais également l'établissement d'un lien avec une industrie novatrice.

Nous avons une poignée d'entreprises qui ont démontré qu'elles peuvent concurrencer les meilleures entreprises du monde. Certaines de nos grandes multinationales ont joué un rôle important dans la démarche qui a consisté à prendre des produits fabriqués au Canada, inventés au Canada — j'ai présenté la semaine dernière un prix au Dr George Klein, électrophysiologue de London, le prix MEDEC. La société Medtronic a pris son produit, qui est fabriqué ici au Canada, et l'a commercialisé. La question de l'accès à cette technologie est tout à fait différente.

Pour faire suite à la question de savoir qui représente les entreprises canadiennes, disons qu'il existe des associations régionales: par le passé, nous n'étions pas regroupés. Durant les neuf derniers mois, nous avons noué des liens avec ces associations. De même, nous travaillons de concert avec le ministre de l'Énergie, des Sciences et de la Technologie en Ontario, avec Industrie Canada, et nous sommes à nouer des liens avec l'industrie au Québec pour bâtir l'industrie et nous travaillons avec le Conseil national de recherches.

Je consacre 35 p. 100 de mon temps à la création d'une industrie canadienne plus forte qui exploite des recherches effectuées ici, dans nos universités, et ne laisse pas s'envoler la valeur qui est créée ici.

Nous sommes dévoués à cette cause, mais l'absence d'une industrie des instruments médicaux qui soit forte n'est pas la raison pour laquelle la technologie brille par son absence dans les soins de santé au Canada.

**Senator Cordy:** My question is for Ms Dunlop, and it is concerning the unpaid caregiver.

We have heard testimony from witnesses. It is true that most of the unpaid caregivers tend to be women. Also, in many situations, it is not a decision that they planned to take on. No one says, "I or the family will become the unpaid caregivers." In many cases, it is thrust upon them.

I am concerned about the support systems that we have in place for unpaid caregivers — you know, whether or not you get a break. We talked about respite care for the patient but almost a respite type of care for, in fact, the unpaid caregiver.

Also, in your documentation you talked about the tax system. Employment Insurance and employment policies. I wonder if you could expand on that for me just to clarify what you mean by all of those things.

**Ms Dunlop:** Sure. My thinking was around having a similar dispensation as we have for things like maternity leave or our compassionate leaves.

It is almost always women, although we do certainly have men who are thrown into the position, unprepared as well. However, if people are forced to leave the work force, then I think that we have to somehow support them. It is not always their choice.

We are limited in what we can provide through public programs to support them. People may or may not have additional third-party insurance to help them with some of the costs. They bear equipment costs, pharmaceuticals, the dressings and supplies — they bear those costs once they are home.

On one hand, it is very important to minimize the financial impact for these families. Equally important is to give them respite. One way to do that is, have a worker come into the home. Some families feel too guilty to put their loved one in an institution, even for a two-week respite. So they have to have that choice.

**Senator Cordy:** Not all family situations are the ideal situations for anybody to be in — let alone somebody who is very ill. Is there any mechanism in place to determine that this is just not a good situation for a patient to be in? Would your organization look at anything like that?

**Ms Dunlop:** From an organization's risk perspective, I am always saying, I am the first one to send someone somewhere else if that person should not be at home. We also deal with people who believe that they have a right to risk.

We have one case right now in which we disagree that this woman should be in her own home, but she is still competent and she insists that that is her right. So we have put in place a service agreement that states that someone has to be there before we leave

**Le sénateur Cordy:** Ma question s'adresse à Mme Dunlop: elle a trait aux soignants non rémunérés.

Nous avons entendu les témoins. Il est vrai que la plupart des soignants non rémunérés sont des femmes. Par ailleurs, dans de nombreux cas, ce n'est pas une tâche qu'elles prévoient elles-mêmes prendre en charge. Personne ne dit: «C'est moi ou la famille qui va devenir le soignant non rémunéré». Dans de nombreux cas, cela leur est imposé.

Je m'inquiète des systèmes de soutien que nous avons en place pour les soignants non rémunérés — enfin, de savoir si elles peuvent avoir un peu de répit. Nous avons parlé des soins de relève du point de vue du malade, mais c'est, presque, des soins de relève, dans les faits, pour le soignant non rémunéré.

Par ailleurs, dans votre documentation, vous parlez du régime fiscal, de l'assurance-emploi et des politiques d'emploi. Je me demande si vous pourriez me donner des précisions là-dessus, pour dire ce que vous entendez par là au juste.

**Mme Dunlop:** Bien sûr. Je pensais que nous pourrions avoir, grosso modo, une dispense semblable à ce que nous appliquons au congé de maternité ou au congé pour événements familiaux malheureux.

Ce sont presque toujours des femmes, bien qu'il y ait certes des hommes qui se retrouvent malgré eux dans la situation, sans y être préparés. Tout de même, si les gens sont contraints de quitter le monde du travail, je crois que nous devons les soutenir d'une manière ou d'une autre. Ce n'est pas toujours leur choix.

Nous sommes limités dans ce que nous pouvons prévoir dans des programmes publics à leur intention. Les gens peuvent parfois compter sur une assurance complémentaire pour mieux absorber certains des coûts, mais ce n'est pas toujours le cas. Ils engagent des coûts pour le matériel, les produits pharmaceutiques, les pansements et les fournitures — ce sont des choses qu'ils doivent payer une fois qu'ils sont à la maison.

D'une part, il est très important de réduire au minimum l'impact financier que cela a sur ces familles. Fait tout aussi important, il faut leur accorder un répit. Une façon de le faire, c'est de faire venir à domicile une auxiliaire. Certaines familles se sentent trop coupables pour placer en établissement l'être cher, même pour un repos de deux semaines. Elles disposent donc de ce choix.

**Le sénateur Cordy:** La situation familiale n'est pas toujours idéale pour quiconque — encore moins pour quelqu'un qui est très malade. Y a-t-il un mécanisme qui permette de déterminer qu'il s'agit simplement d'une bonne situation pour le patient? Votre organisation a-t-elle étudié cette question?

**Mme Dunlop:** Du point de vue du risque d'une organisation, je dis toujours que je suis la première à envoyer quelqu'un ailleurs, et si la personne ne devrait pas être à la maison. Nous traitons également avec des gens qui croient qu'ils devraient avoir le droit au risque.

Nous avons affaire en ce moment même à une femme qui, selon nous ne devrait pas être à domicile, mais elle demeure apte à décider et elle insiste que c'est là son droit. Nous avons donc adopté une entente de service qui dit que quelqu'un doit être



and so forth. We have gone outside our current thinking to make sure that we can manage her successfully at home, but it has taken a lot of creative work by a lot of different agencies to do that.

The last thing that I would want for our organization and for our caregivers, is to have someone who is home, who should not be.

**The Chairman:** May I thank all of you for coming.

Our next panel is Mr. Jeff Lozon, President and CEO of St. Michael's Hospital; Gary O'Connor, the Executive Director of the Association of Ontario Health Centres; and Dr. Ken Sky, the President of the OMA.

**Dr. Kenneth Sky, President, Ontario Medical Association:** Thank you, Senator Kirby and committee members, for the opportunity to speak this afternoon. I also want to thank the committee for conducting these cross-country hearings and for having the courage to tackle the difficult and complex issues surrounding the future of health care in Canada.

The committee will also hear from my colleagues from our national body, the Canadian Medical Association, in the near future. The OMA shares common concerns with the CMA about the future of health care, and we hope that you benefit from both our presentations.

The Ontario Medical Association has been a leader in advocating frank and open discussion on health care funding for both this province and the country. Our projects are outlined in the packages I have submitted.

Throughout the process, our position on health care funding has been consistent. It is not enough to simply look for better management models for our health care system. We must be open to other funding models that adhere to the principle of universality. Our dialogue will move forward within that framework. Detailed information regarding our work in this area is available on the OMA Web site

Chief among the many issues that are important to this discussion is the current physician human resources crisis and growing evidence that physician shortages will become even more severe in the near future. The implications of these current and projected shortages are clearly critical. The OMA has provided Senator Kirby with useful statistics on this issue. I have also enclosed in our package an article published in this month's *Ontario Medical Review* entitled "Physician Human Resources in Ontario: The Crisis Continues." I apologize for the late delivery of that, but it was only published last week. I encourage every member of this committee to read it.

Another issue of importance to the current debate is the role in the health care system of registered nurses in the extended class, known as nurse practitioners. The OMA has recently struck a task

présent avant que nous quittions les lieux. Nous sommes sortis de notre cadre de pensée habituel pour nous assurer de pouvoir nous occuper d'elle comme il le faut à son domicile, mais cela a supposé beaucoup de travail créatif de la part des divers organismes.

La dernière chose que je souhaiterais à notre organisation et à nos soignants, c'est qu'il y ait quelqu'un à la maison qui ne devrait pas y être.

**Le président:** Permettez-moi de vous remercier tous d'être venus.

Notre prochain groupe est composé de M. Jeff Lozon, président de l'hôpital St-Michael; de Gary O'Connor, directeur général de l'Association des centres de santé de l'Ontario et du Dr Ken Sky, président de l'OMA, l'Association médicale de l'Ontario.

**Le Dr Kenneth Sky, président, Association médicale de l'Ontario:** Merci, sénateur Kirby, messieurs, mesdames membres du comité, de l'occasion qui m'est offerte de m'adresser à vous cet après-midi. Je tiens également à remercier le comité d'organiser ces audiences pancanadiennes et d'avoir le courage de s'attaquer aux questions difficiles et complexes qui entourent l'avenir des soins de santé au Canada.

Le comité entendra également le témoignage de mes collègues de l'organisme national, l'Association médicale canadienne dans un proche avenir. L'OMA a en commun avec l'AMC certaines préoccupations touchant l'avenir des soins de santé, et nous espérons que vous allez juger utiles les deux exposés que nous vous présenterons.

L'Association médicale de l'Ontario montre la voie parmi les partisans d'une discussion franche et ouverte sur le financement des soins de santé en Ontario aussi bien qu'au Canada. Nos projets sont exposés dans les trousseaux que je vous ai remis.

Tout au long du processus, notre position concernant le financement des soins de santé est demeurée la même. Il ne suffit pas d'étudier de meilleurs modèles de gestion qui s'appliqueraient à notre système de soins de santé. Nous devons être ouverts à d'autres modèles de financement, qui adhèrent au principe de l'universalité des soins. Notre dialogue progressera dans ce cadre. Pour des renseignements approfondis sur nos travaux dans le domaine, voir le site Web de l'OMA.

La première de nombreuses questions qui importent dans le contexte de cette discussion, c'est la crise actuelle chez les médecins et les signes de plus en plus évidents que la pénurie de médecins deviendra encore plus grave dans un proche avenir. Manifestement, les conséquences de la pénurie actuelle et de la pénurie à venir sont capitales. L'OMA a remis au sénateur Kirby des statistiques utiles sur la question; j'ai également inclus dans notre documentation un article publié dans l'édition de ce mois de l'*Ontario Medical Review*, intitulé «Physician Human Resources in Ontario: The Crisis Continues» — Les médecins en Ontario: la crise continue. Je m'excuse d'avoir remis ce document si tard, mais il vient seulement d'être publié la semaine dernière. J'encourage tous les membres du comité à en faire la lecture.

Autre question d'importance pour le débat: le rôle dans le système de santé des infirmières autorisées de la catégorie avancée, c'est-à-dire les infirmières praticiennes. L'OMA a

force to examine the working relationship between physicians and nurse practitioners. We hope to have the final report completed by the spring and we will forward a copy to the committee for your review.

I would briefly like to address the issue of physician remuneration. A lot of debate has ensued surrounding the means by which physicians should be compensated for the medical services they provide. Let me state for the record that the OMA strongly supports the physician choice of remuneration. No one-payment model suits all physicians. The OMA is a leader in exploring alternative payment mechanisms to support physicians in their respective practice environments.

We recognize the challenges governments have as payers in providing care for all of their citizens. To this end, we continue to work with the government to extend access to doctors in all areas. We are negotiating unique contracts to support doctors practising in different sized communities, in remote and under serviced areas.

We also continue to make progress regarding primary care reform in Ontario. The Ontario Medical Association has been actively involved as a pioneer in this initiative, and we currently have six pilot sites around the province in various stages of development and evaluation.

The OMA's governing body will meet on November 10 to review documentation concerning the details of this voluntary expansion. When I say "voluntary," I mean for both patients and physicians. The key component to the success of primary care reform is that it remains voluntary.

While there are many subjects to address today, I would like to take this opportunity to focus on a specific aspect of primary care reform, the role of information technology, IT. The Ontario Medical Association agrees with your committee's assertion that information technology is the most important aspect in the development of a fully integrated health care system. I have special interest in this topic as I currently serve on the Province of Ontario's e-health committee, which is studying the role of information technology in health care. The OMA believes that the development of an information technology system that provides better access to health care information will assist physicians and other health care providers in offering better care to our patients.

I will address three specific aspects in my presentation: the role of the provincial government, the role of the federal government and the role of physicians and, ultimately, the doctor-patient relationship.

We firmly believe that each provincial and territorial government must take the initiative and the financial responsibility for moving forward on information technology. Their role should be to drive this process. Health care is a

récemment mis sur pied un groupe de travail chargé d'examiner la relation de travail entre les médecins et les infirmières praticiennes. Nous espérons avoir en main le rapport final au printemps; nous en transmettrons un exemplaire pour examen au comité.

J'aimerais parler brièvement de la question de la rémunération des médecins. Il y a eu tout un débat sur la façon de rémunérer les médecins pour les services médicaux qu'ils fournissent. Permettez-moi de dire, aux fins du compte rendu, que l'OMA préconise vivement le choix du mode de rémunération pour le médecin. Aucun modèle de rémunération unique ne convient à tous les médecins. L'OMA montre le chemin pour ce qui est d'explorer les mécanismes de rémunération des médecins dans divers contextes.

Nous reconnaissons les défis que doivent relever les gouvernements en tant que payeurs, en vue de dispenser des soins à tous les citoyens. À cette fin, nous continuons de travailler avec le gouvernement afin que des médecins soient accessibles dans toutes les régions. Nous sommes en train de négocier des contrats uniques pour l'exercice de la médecine dans des collectivités de diverses tailles, en régions éloignées et dans des secteurs où le service comporte des lacunes.

De même, nous continuons à faire progresser la réforme des soins primaires en Ontario. L'Association médicale de l'Ontario fait oeuvre de pionnière à cet égard: nous appliquons actuellement un projet pilote à six endroits en Ontario. Ces projets en sont à divers stades d'élaboration et d'évaluation.

Les instances dirigeantes de l'OMA se sont réunies le 10 novembre pour examiner la documentation faisant état des précisions voulues sur cette expansion volontaire. Quand je dis «volontaire», je parle du point de vue des malades et du médecin à la fois. L'élément clé du succès de la réforme des soins primaires, c'est que cela demeure volontaire.

Les sujets à aborder aujourd'hui sont nombreux, mais je tiens à profiter de l'occasion pour insister sur un aspect particulier de la réforme des soins primaires, soit le rôle de la technologie de l'information. L'Association médicale de l'Ontario est d'accord avec l'assertion de votre comité: la technologie de l'information représente l'aspect le plus important de l'élaboration d'un système de santé pleinement intégré. Je m'intéresse particulièrement à ce sujet, car je siège actuellement au Comité de cybersanté de la province de l'Ontario qui étudie le rôle de la technologie de l'information dans les soins de santé. L'OMA estime que l'élaboration d'un système de technologie de l'information qui permet un meilleur accès à l'information sur les soins de santé aidera les médecins et d'autres soignants à offrir de meilleurs soins aux malades.

Je vais aborder trois aspects particuliers de cela dans mon exposé: le rôle du gouvernement provincial, le rôle du gouvernement fédéral et le rôle des médecins et, en dernière analyse, la relation entre le médecin et le malade.

Nous sommes convaincus que chacune des administrations provinciales et territoriales doit saisir l'occasion de faire progresser le dossier de la technologie de l'information et en assumer la responsabilité financière. Elles doivent se faire



provincial jurisdiction. Each provincial government should take a leadership role in developing the necessary technology to move forward toward information sharing. We know that various provincial IT initiatives are at different stages of development.

Currently, in Ontario, the provincial government is developing its own Smart System for Health. This initiative is putting in place the secure IT infrastructure that will enable various stakeholders to develop IT solutions based on connectivity and information technology and sharing.

At the same time, the OMA is working in co-operation with the Ministry of Health and Long-Term Care. We are developing an Internet-based system for the primary care providers, the physicians of this province.

This system will enable physicians to have connectivity by building onto the Smart System for Health. This will create a connected and integrated system that would function with other parts of the health care system. We are calling this initiative the Ontario e-physician project. We will provide more information on this initiative in the near future. We foresee the medical office of the future not only holding important personal health information, but also providing a resource for data sharing for multiple sources, including imaging, labs, hospitals, pharmacies, et cetera.

I have only given you a snapshot of our current provincial IT developments. While we firmly believe the provincial government must take the lead on this initiative, the federal government also has an essential role to play. In our view, the role of the federal government is threefold.

First, the federal government must develop national standards that each province and territory should adhere to when developing their own information technology systems. By establishing these standards, each province and territory is provided with the road map required to ultimately drive their own projects toward producing a national framework.

Second, the government must provide funding to each of the provinces and territories to enable them to proceed with developing the necessary technology. I acknowledge that this is a very costly venture for all levels of government, but in the end, the benefits of a seamless and standardized information technology system will certainly outweigh the high costs associated with it. MRI technology and other diagnostic equipment have always been considered a cost driver in our health care system. We consider the development of information technology as a cost saver in the long run. While there will be significant start-up costs, information technology will ultimately result in greater efficiencies in the system.

l'élément moteur du processus. La santé relève des compétences provinciales. Chaque gouvernement provincial doit faire preuve de leadership et élaborer la technologie nécessaire pour faire progresser l'échange de renseignements. Nous savons que divers projets provinciaux relatifs à la technologie de l'information en sont à divers stades d'élaboration.

À l'heure actuelle, en Ontario, le gouvernement provincial est en train de mettre au point son propre Système intelligent pour la santé. Le projet en question vise à mettre en place l'infrastructure informatique nécessaire pour permettre à divers intervenants d'élaborer des solutions informatiques reposant sur la collectivité, la technologie de l'information et l'échange de renseignements.

En même temps, l'OMA coopère avec le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Nous sommes en train de mettre au point un système Internet pour les fournisseurs de soins primaires, les médecins de l'Ontario.

Ce système permettra aux médecins de bénéficier de la connectivité en tablant sur le Système intelligent pour la santé. Cela permettra de créer un réseau connecté et intégré qui fonctionnera avec d'autres parties du système de soins de santé. C'est le projet «cybermédecins» de l'Ontario. Nous allons vous fournir d'autres renseignements sur ce projet, dans un proche avenir. Selon nous, le cabinet médical de l'avenir non seulement détiendra des renseignements importants sur la santé des individus, mais il permettra d'échanger des données provenant de multiples sources, dont les responsables de l'imagerie médicale, les laboratoires, les hôpitaux, les pharmacies, et ainsi de suite.

Je n'ai fait que vous donner un tableau sommaire des projets actuels de technologie de l'information en Ontario. Nous sommes convaincus que le gouvernement provincial doit montrer le chemin à cet égard, mais le gouvernement fédéral a également un rôle essentiel à jouer. Selon nous, le rôle du gouvernement fédéral comporte trois éléments.

Premièrement, le gouvernement fédéral doit établir des normes nationales auxquelles doivent adhérer chacune des provinces et chacun des territoires au moment d'élaborer leurs propres systèmes de technologie de l'information. Les normes en question serviront de balise aux provinces et aux territoires et permettront d'orienter les projets provinciaux et territoriaux en vue de la production d'un cadre national.

Deuxièmement, le gouvernement doit fournir à chacune des administrations provinciales et territoriales les fonds nécessaires pour qu'elles mettent au point la technologie nécessaire. J'admets que c'est là une entreprise très coûteuse pour tous les ordres de gouvernement, mais, en dernière analyse, les avantages d'un système uniforme et sans discontinuité reposant sur la technologie de l'information compenseront certainement les coûts élevés qui y sont associés. Les procédés d'imagerie par résonance magnétique et autre équipement de diagnostic ont toujours été considérés comme générateurs de coûts dans notre système de santé. Nous considérons la technologie de l'information comme un facteur d'économie à long terme. Les coûts de démarrage sont importants, mais la technologie de l'information finira par rendre le système plus efficace.

Third, and most important, the federal government must have explicit policies and procedures with respect to personal health information that are held and shared electronically.

This leads me to my final point, the role of physicians and the doctor-patient relationship. In our view, the key to the success and, ultimately, the expansion of any IT implementation will be largely determined by the physician-patient relationship. Patients look to their physicians for assurance and direction. If we, as physicians, can assure patients that their identifiable personal health information is safe and secure, the patient will consent to having it released into a shared network. I cannot stress this enough to the committee. Patients must be able to speak openly and freely and feel secure enough that any identifiable personal health information they provide will be safeguarded. If this does not occur, the future of IT in health care delivery will fail.

IT can be as sophisticated and technologically advanced as you wish, but the core component must be the built-in safeguards that will protect the patient's personal health information. The greatest challenge for those of us who want to move forward to a new way of managing health information is to achieve buy in, support and, ultimately, trust from our patients.

Once this IT infrastructure is developed, who should control and manage the medical records of the millions of patients whose information will be electronically recorded and stored? The OMA firmly believes that physicians should act as the gatekeepers for this health care information. Physicians must continue to play a key role in the governance of the storage and distribution of personal health information. In fact, our own internal polling indicates that far more Ontarians want physicians, not government, to control and manage any computerized system of medical records.

The OMA represents 24,000 physicians, but we also advocate on behalf of the people of Ontario. We know that two-thirds of the public has concerns that personal health information will end up in the hands of the government, insurance companies and employers. There is also concern that international pharmaceutical companies could access personal health information. We must ensure that these concerns will be unfounded.

I have raised a number of issues concerning information technology with you today. As you can see, it is essential to the success of any IT implementation that we all work together to create a seamless, standardized and secure system that will ultimately provide better care for our patients.

Troisièmement, et c'est ce qui est le plus important, le gouvernement fédéral doit se donner des politiques et des procédures explicites en ce qui concerne les renseignements personnels sur la santé qui sont détenus et échangés par voie électronique.

Cela m'amène à mon dernier point, soit le rôle des médecins et la relation entre le médecin et le malade. À notre avis, l'élément clé du succès et, en dernière analyse, de l'expansion du projet de mise en oeuvre de la technologie de l'information sera la relation entre le médecin et le malade. Les malades se tournent vers leur médecin pour être rassurés et conseillés. Si nous, les médecins, nous assurons à nos patients que les renseignements personnels sur leur santé sont bien protégés, les patients consentiront à ce que les renseignements en question circulent dans un réseau commun. Je ne saurais trop vous le dire. Les patients doivent pouvoir parler librement et être suffisamment sûrs que tout renseignement personnel sur leur santé demeurera protégé. Sinon, la technologie de l'information dans les soins de santé se soldera par un échec.

La technologie de l'information peut être aussi perfectionnée et techniquement avancée que vous le voulez, mais l'élément central doit consister en une série de mesures intégrées qui protègent les renseignements personnels sur la santé du patient. Le plus grand défi que doivent relever ceux qui, parmi nous, souhaitent adopter une façon nouvelle de gérer l'information sur la santé, c'est de convaincre nos patients, d'obtenir leur appui, d'obtenir leur confiance.

Une fois en place l'infrastructure à cet égard, qui devrait contrôler et gérer les dossiers médicaux de millions de patients, dans un contexte où les informations seront enregistrées et échangées par voie électronique? L'OMA est convaincue que ce sont les médecins qui doivent être les gardiens des renseignements sur la santé. Les médecins doivent continuer à jouer un rôle clé quand il s'agit de régir le stockage et la diffusion des renseignements personnels sur la santé. De fait, nos propres sondages internes nous disent que jusqu'à maintenant les Ontariens sont plus nombreux à vouloir que les médecins, et non pas le gouvernement, contrôlent et gèrent tout le système informatisé de dossiers médicaux.

À l'OMA, nous représentons 24 000 médecins, mais nous défendons également les intérêts de la population ontarienne. Nous savons que les deux tiers du grand public se soucient de ce que les renseignements personnels sur la santé se retrouvent entre les mains du gouvernement, de compagnies d'assurance et d'employeurs. Ils se soucient également de l'éventualité que des compagnies pharmaceutiques internationales accèdent aux renseignements personnels sur la santé. Nous devons nous assurer que leurs préoccupations demeurent sans fondement.

J'ai soulevé à votre intention aujourd'hui plusieurs questions concernant la technologie de l'information. Comme vous le voyez, il est essentiel au succès de tout projet de mise en oeuvre de la technologie de l'information que nous collaborions afin de créer un système uniforme, sûr et sans discontinuité qui, en dernière analyse, permettra de fournir de meilleurs soins à nos patients.



I again want to thank the committee for the difficult and vitally important work it is doing. I sincerely hope that the debate you are stimulating will be ongoing and that the government will extend your mandate to address future challenges that we, as a nation, have not yet even begun to understand. The OMA looks forward to contributing to the debate on the future of health care on an ongoing basis.

**The Chairman:** Our next speaker is Jeff Lozon, who is the President and CEO of St. Michael's Hospital. He is also a former Deputy Minister of Health in Ontario and, maybe even more importantly, a terrific golfer.

**Mr. Jeffrey Lozon, President and CEO, St. Michael's Hospital:** Honourable senators, as some of you may be aware, I have been involved in the health care system in various leadership capacities for more than 20 years. I am currently the President of St. Michael's Hospital. I was fortunate enough to serve the Province of Ontario as Deputy Minister of Health and Long-Term Care from 1999 to 2000. However, I am not here to represent either of those organizations. My comments are based on my combined experience in various roles throughout the system in four provinces and under governments of all stripes.

Let me begin by congratulating you on the work you have done to date. Your report should be required reading for all students and health administration and for health care policy-makers. You provided an excellent history of how we have arrived at this place and time, in health care terms. You have provided an interesting international context from which our system can be viewed. You have also been wise enough, however, to acknowledge that the Swedish, American or Australian systems could not be replicated in Canada. Health care systems are endemic to each country and society, and they reflect the values of the society they serve, explicitly and implicitly.

Most importantly, your last volume raises fundamental questions about the financing and organization options that must be considered in shaping the future system. I have no doubt that you raise questions and proposed directions that virtually every elected jurisdiction has considered in the privacy of its own deliberations, but does not speak about openly for fear of losing the next election.

It is one of the real tragedies of this debate that because the current system has reached iconic status, as you point out, we cannot speak openly about the profound changes that are required.

You have created an enormous contribution by opening up room in the policy debate. I note that you join the chorus of others, such as the Conference Board of Canada and the C.D. Howe Institute, in suggesting that profound, deep and perhaps sometimes painful change are required.

Encore une fois, je tiens à remercier l'Association médicale de l'Ontario des travaux difficiles et extrêmement importants qu'il réalise. J'espère sincèrement que le débat que vous suscitez perdurera et que le gouvernement étendra votre mandat en vous confiant la responsabilité de relever de futurs défis que nous, en tant que pays, n'avons pas seulement commencé d'entrevoir. L'OMA espère pouvoir revenir bientôt contribuer au débat sur l'avenir des soins de santé, de façon permanente.

**Le président:** Notre prochain témoin est M. Jeff Lozon, président et directeur général de l'hôpital St-Michael. Il est également ex-sous-ministre de la Santé en Ontario et, ce qui est peut-être encore plus important, c'est tout un golfeur.

**M. Jeffrey Lozon, président-directeur général, Hôpital St-Michael:** Honorables sénateurs, comme certains d'entre vous le savent peut-être, j'exerce des fonctions de premier plan dans le système depuis plus de vingt ans. Je suis actuellement président de l'Hôpital St-Michael. J'ai eu le bonheur de servir la province de l'Ontario à titre de sous-ministre de la Santé et des Soins de longue durée en 1999 et en 2000. Toutefois, je ne suis pas ici pour représenter l'une ou l'autre de ces organisations. Mes observations reposent sur l'expérience totale qu'ont pu me fournir les divers rôles que j'ai joués dans l'ensemble du système, dans quatre provinces, sous la férule de gouvernements de toute allégeance.

Permettez-moi d'abord de vous féliciter du travail que vous avez fait jusqu'à maintenant. Votre rapport devrait être une lecture obligatoire pour tous les étudiants en administration de la santé et tous les décideurs du domaine. Vous présentez un excellent historique de la question, de la façon dont nous en sommes arrivés là dans la santé. Vous présentez de manière intéressante le contexte international dans lequel on peut voir notre système. Vous avez également la sagesse de reconnaître que les systèmes suédois, américain ou australien ne peuvent être reproduits au Canada. Les systèmes de santé sont des créatures propres à chaque pays et à chaque société: ils reflètent les valeurs de la société qu'ils servent, explicitement et implicitement.

Fait encore plus important, votre dernier volume soulève des questions fondamentales au sujet des options de financement et d'organisation qu'il faut prendre en considération pour donner forme au futur système. Cela ne fait aucun doute à mes yeux: vous avez soulevé des questions et proposé des orientations que pratiquement toutes les administrations ont prises en considération dans le cadre de leurs propres délibérations, mais dont les responsables n'ont pas parlé ouvertement, de crainte de perdre les prochaines élections.

C'est là un des aspects tragiques du débat: comme le système en place est devenu un symbole quasi religieux, comme vous le faites remarquer, nous ne pouvons parler ouvertement des modifications profondes qui s'imposent.

Vous avez apporté une contribution extraordinaire au débat en en élargissant le cadre. Je note que vous vous joignez à toutes sortes de commentateurs qui, comme le Conference Board du Canada et le C.D. Howe Institute, laissent entendre que des changements profonds qui se révéleront parfois douloureux, peut-être, s'imposent.

You should know that the system is very resilient, and we have seen many reports come and go. The distance you have travelled to get an honest discussion of options is only a fraction of what must be done if the system is to endure and to serve Canadians into the future. A deep and enduring political courage, a clear, thoughtful and wise policy and, finally, focussed and determined execution are necessary into the future.

In the five minutes allotted to me, I cannot comment on the full range of the review that you have undertaken. Suffice it to say, I agree with your directions, quality and ethics. I do, however, want to reflect upon four aspects of your report.

First, I want to present another barrier to the system change that you have proposed. In my view, this particular barrier may be more important than any that you have raised to date, and, based upon my experience, real change would not be possible without addressing this barrier.

Second, I want to provide options on specific matters related to organization of the system, specifically, primary care reform and regionalization. If time permits, I will comment on the federal role as offered in the Interim Report, Volume Four, and comment on certain aspects of the financing option.

My first point is based on the urgent need for predictability and stability in the direction of our health care system, and it is driven by the need to shelter the system from the daily parry and thrust of elected politics. One of the least desirable, most difficult and important jobs in our society is the leadership of the health care system at the provincial level. Without more stability and certainty, the best reform options and best reform policies will fail. Consider the following: in Ontario there have been seven Ministers of Health in the last 10 years and seven Deputy Ministers of Health.

Three months as a Deputy Minister gives you seniority over half your colleagues, and going beyond one year constitutes long service. The job expectancy of a Minister of Health is 15 months, and a Deputy Minister is about the same. Although Ontario may be an extreme example, it is by no means atypical.

It is impossible to take the system forward with that type of turnover, and long range planning is impractical. Moreover, often the greatest expertise in the system does not reside in federal or provincial ministries, and as such, governments cannot effectively carry out the tasks assigned them.

Vous devriez savoir que le système résiste très bien aux tentatives faites pour le modifier, et nous avons déjà connu de nombreux rapports de la nature de celui dont il est question ici. La distance que vous avez parcourue pour susciter une discussion franche des options ne représente qu'une fraction du chemin qu'il faudra traverser pour que le système perdure et serve les Canadiens à l'avenir. Un courage politique marqué par la profondeur et la persévérance, une vision claire, réfléchie et sage de la chose, et, enfin, un travail d'exécution concentré et déterminé sont autant d'éléments qui se révéleront nécessaires à l'avenir.

Durant les cinq minutes qui me sont accordées, je ne saurais traiter de l'ensemble des questions abordées durant votre examen. Il suffit de dire que je suis d'accord avec les orientations, la conception de la qualité et la vision de l'éthique que vous préconisez; tout de même, j'aimerais traiter de quatre aspects de votre rapport.

Premièrement, j'aimerais évoquer un autre élément qui fait obstacle à la modification du système que vous proposez. Selon moi, cet obstacle particulier est peut-être plus important que tous ceux que vous avez mentionnés jusqu'à maintenant; de même, selon mon expérience, on ne saurait instaurer un changement véritable sans en tenir compte.

Deuxièmement, je veux présenter des options touchant des questions particulières liées à l'organisation du système, plus particulièrement, la réforme des soins primaires et la régionalisation. Si j'ai le temps, je commenterai le rôle du gouvernement fédéral tel qu'il est présenté dans le rapport intérimaire, volume quatre, et je commenterai certains aspects de l'option de financement.

En premier lieu, je dirais qu'il faut, de toute urgence, appuyer notre système de santé sur une orientation prévisible et stable, et cela tient à la nécessité de protéger le système contre les vicissitudes de la politique partisane. Une des tâches les moins désirables, les plus difficiles et les plus importantes qui soient dans notre société, c'est la responsabilité du système de santé à l'échelon provincial. Si une plus grande stabilité et une plus grande certitude ne s'instaurent pas, même les meilleurs choix parmi les options et les politiques de réforme sont voués à l'échec. Songez à un fait: en Ontario, il y a eu, depuis dix ans, sept ministres de la Santé et sept sous-ministres de la Santé.

Travaillez pendant trois mois comme sous-ministre et vous l'emportez en ancienneté sur la moitié de vos collègues. Travaillez pendant plus d'un an, c'est du long service. Un ministre de la Santé peut s'attendre à un mandat d'une quinzaine de mois environ, tout comme le sous-ministre d'ailleurs. L'Ontario constitue peut-être un exemple extrême, mais ce n'est pas du tout un phénomène rare dont il est question.

Il est impossible de faire progresser le système quand il y a ce genre de roulement du personnel. De même, il est peu pratique de planifier à long terme dans le contexte. Par ailleurs, souvent, la meilleure expertise du système ne se trouve pas au ministère fédéral ou provincial; de ce fait, les administrations parlementaires ne peuvent accomplir efficacement les tâches qui leur sont attribuées.



In place of the current arrangements, I urge the committee to consider the recommendation to create independent, provincial-public, non-profit bodies to run the health care system. These bodies would consist of boards of directors appointed by the government with defined terms of service. They would be supported by a staff of experts and compensated commensurate with the challenge, capabilities, and direction of this system. These corporations would be charged with service delivery, financing and organization. They would be accountable for achieving provincial goals such as may be embodied in a "guarantee of care" approach. The development of such goals would continue to be done by the elected officials. In short, the bodies would exist at arm's length from the political process, but would be accountable for the delivery of a first class health care system now and into the future.

Other activities, such as health human resources planning, could continue to reside at the federal or provincial level. However, the bulk of the current departments of health would be replaced by independent expert agencies. In this way, stability and direction could emerge, distanced from the day-to-day pressures of electoral politics, while continuing to try to guarantee high levels of care. Without greater predictability, and insulation from daily headlines, even the best reforms will not be implementable and some of the major changes that you are thinking about will just not come to fruition.

Let me turn my attention now to the matter of organization. I will focus my remarks on two aspects of organization, primary care reform and regionalization.

Primary care reform has been a prominent part of every major system review conducted in the last 20 years. Every health care practitioner that has studied this area knows that as long as the current system remains, real reform will be very hard.

Why then, despite this knowledge, is the system still a cottage industry based on a piecemeal financing arrangement with little or no characteristics of a modern service industry? The answer to the riddle is complex. In part, it is because such a reform is an insider ball game; considerable interests are at stake. The reform must take place over many years and the public is more likely to support the professionals who may object to this change, as opposed to the planners who propose it. Still, as a health care professional, I can only support active movement toward a reformed primary care system.

The second matter I want to comment on with regard to organization is regionalization. It is absolutely remarkable that so many consider this as an essential element of successful reform, given that it has never been evaluated and there is no evidence to

I invite vivement l'Association médicale de l'Ontario à envisager de recommander que soient créés, pour remplacer la formule actuelle, des organismes provinciaux indépendants, sans but lucratif et à caractère public, dont la tâche consisterait à diriger le système de santé. Les organismes en question se composeraient d'un conseil d'administration dont les membres seraient nommés par le gouvernement et dotés d'un mandat précis. Ils pourraient compter sur une équipe d'experts et recevoir une rémunération concordant avec la difficulté, la capacité et l'orientation du système. Les sociétés ainsi créées se chargeraient de la prestation des services, du financement et de l'organisation. Elles répondraient de la réalisation d'objectifs provinciaux qui pourraient s'inscrire dans une approche dite «garantie des soins». L'établissement de tels objectifs demeurerait l'apanage des élus. En bref, les organismes fonctionneraient de manière indépendante du processus politique, mais seraient tenus de rendre compte de l'application d'un système de santé de premier ordre aujourd'hui comme à l'avenir.

D'autres activités, par exemple la planification des ressources humaines dans le domaine de la santé, pourraient demeurer la responsabilité de l'administration fédérale ou provinciale. Toutefois, pour la plus grande part, les ministères actuels de la Santé céderaient le pas à des organismes experts indépendants. De là, une certaine stabilité et le choix d'une orientation, à l'écart des pressions quotidiennes de la politique partisane pourraient se faire jour. En même temps, on essaierait de garantir des niveaux de soins élevés. Si la situation ne devient pas plus prévisible et si le système n'est pas protégé contre la médiatisation, même la meilleure des réformes ne pourra être mise en oeuvre, et certains des changements les plus importants que vous envisagez ne porteront tout simplement pas fruit.

Permettez-moi maintenant d'aborder la question de l'organisation. Je vais m'attacher à deux aspects de l'organisation, soit la réforme des soins primaires et la régionalisation.

La réforme des soins primaires représente l'un des éléments prédominants de tout examen majeur du système depuis 20 ans. Tous les praticiens qui ont étudié la question savent que tant et aussi longtemps que le système actuel demeure en place, il sera très difficile d'instaurer une réforme véritable.

Alors pourquoi, malgré que l'on sache cela, le système demeure-t-il une sorte d'industrie artisanale reposant sur des arrangements financiers établis à la pièce: pourquoi n'a-t-il presque aucune caractéristique propre à une industrie de services moderne? La réponse à cette énigme est complexe. En partie, cela est dû au fait qu'une telle réforme met en péril les intérêts d'initiés: ce sont là des intérêts considérables. La réforme doit se faire sur un grand nombre d'années, et le grand public est susceptible d'appuyer les professionnels qui s'opposent peut-être aux changements, plutôt que ceux qui proposent le changement. Tout de même, en tant que professionnel de la santé, je ne peux qu'appuyer un mouvement actif en faveur d'un système réformé de soins primaires.

La deuxième question que je souhaite aborder en rapport avec l'organisation des soins, c'est la régionalisation. Il est tout à fait remarquable de constater qu'un si grand nombre de commentateurs y voient un élément essentiel d'une réforme

suggest that it works any better than any predecessor arrangement. There is no real health care evidence that patients benefit in a regional system. There is no system benefit as evidenced by lower costs. In an environment where evidence-based medicine is in vogue, this is one of the least studied and most touted changes currently extant.

However, we do know some features of regionalization as practised in this country. It is incomplete as practised anywhere in Canada since no regional system, that I am aware of, includes physician payments in the defined regional envelope. Furthermore, regional systems have not worked in large urban settings where patient mobility is high and consumer choice is at play. I urge caution on the introduction of further regionalization. The jury is still out.

Let me reflect for a moment on the federal role. The committee has described a renewed and expanded role for the federal government in the health care system of this country. In general, I am in agreement with that role. However, health care is not known for its ease of federal-provincial relations, and it is probable that the role will meet with stern opposition.

Did the committee consider either of the two extremes in this regard? One being, having the federal government get completely out of the health care process, transferring its current limited role to the provinces in return for further tax point transfers and abandoning the current Canada Health Act. The other would be to ask the provinces to upload their current health care responsibilities to the federal government and create a truly national system. These options are cleaner, more easily understood and may curtail the endless jurisdictional debates that now characterize our health care system.

While no doubt dramatic, they are no less likely to emerge than the renewed roles proposed by the committee, particularly in the areas of infrastructure, evaluation and population health, all of which I think will cause fairly substantial federal-provincial debate. Your suggestions here would help generate vigorous debate.

In any event, a greater federal role must be supported by a more knowledgeable federal public service and a long-term commitment. One of the greatest fears of provincial health ministries is that the federal government will support the system in a time of surplus, only to remove that support in a time of scarcity. A greater federal role, if it is envisioned, must be negotiated and understood to be permanent.

fructueuse, étant donné que cet élément n'a jamais été évalué et que rien ne permet de croire que cela fonctionne mieux que les arrangements précédents. Aucune donnée ne permet vraiment d'établir que les patients bénéficient d'un système régional. Il n'y a pas d'avantage au système dont témoigneraient des coûts moins élevés. Dans un contexte où la médecine fondée sur des données probantes est à la mode, voilà un changement qui porte sur un des domaines les moins étudiés et les plus vantés qui soient.

Tout de même, nous sommes conscients de certaines des caractéristiques de la régionalisation telles qu'elles se pratiquent au Canada. Où qu'on se trouve au Canada, cette régionalisation est incomplète, car il n'y a pas un seul système régional, autant que je sache, qui inclue la rémunération des médecins dans l'enveloppe régionale définie. En outre, les systèmes régionaux n'ont pas fonctionné dans les grandes villes où le taux de mobilité des patients est élevé et où le choix du consommateur est un facteur. Je vous mets en garde contre une plus grande régionalisation des soins. L'utilité de la régionalisation reste encore à prouver.

Permettez-moi de réfléchir un moment au rôle du gouvernement fédéral. Le comité a fait état d'un rôle renouvelé et élargi pour le gouvernement fédéral dans le système de santé du Canada. En règle générale, je suis d'accord sur ce point. Tout de même, la santé n'est pas reconnue comme un domaine où les relations fédérales-provinciales sont faciles, et il est probable que cette conception du rôle fédéral se heurte à une vive opposition.

L'Association médicale de l'Ontario a-t-elle envisagé l'un ou l'autre des deux extrêmes à cet égard? Dans un cas, le gouvernement fédéral se retire entièrement de la santé, il transfère aux provinces le rôle limité qu'il joue à l'heure actuelle en échange d'autres points d'impôt et abandonne la Loi canadienne sur la santé. L'autre extrême, c'est de demander aux provinces de transférer leurs responsabilités actuelles en matière de santé au gouvernement fédéral et de créer un système vraiment national. Ce sont là des options claires et nettes, qui se conçoivent plus aisément et qui mettraient peut-être fin aux interminables querelles de compétence qui caractérisent actuellement notre système de santé.

Ces options présentent certes un caractère dramatique, mais elles ne sont pas moins susceptibles d'émerger que les rôles renouvelés que propose le comité, particulièrement en ce qui concerne l'infrastructure, l'évaluation et la santé de la population, tous des secteurs où cela causera, à mon avis, un débat assez animé entre le gouvernement fédéral et les provinces. Les suggestions que vous faites ici aideraient à susciter un débat vigoureux.

De toute manière, l'accroissement du rôle fédéral doit s'articuler autour d'une fonction publique qui saisit mieux la situation et d'un engagement à long terme. Une des grandes craintes des ministères provinciaux de la Santé, c'est que le gouvernement fédéral soutienne le système quand il y un excédent, seulement pour retirer ses billes quand les ressources se font rares. S'il faut envisager un rôle plus important de la part du gouvernement fédéral, il faut le négocier et le présenter comme étant permanent.



In addition, the current federal Department of Health needs substantial bolstering in the real world of health care to play the role contemplated in your report.

I look forward to your questions.

**Mr. Gary O'Connor, Executive Director, Association of Ontario Health Centres:** Thank you, Senator Kirby and committee members.

As a whole, Canadians are proud of our health care system. In comparison with other countries, Canada's commitment to a universal, accessible, portable, comprehensive and publicly managed health care system exemplifies the values of equity, fairness and justice that symbolize Canada.

Its future is an issue of great importance to all Canadians. We commend the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology for taking on this task of examining Canada's health care system. As part of this work, we recommend that the committee also closely examine community health centres. I work for the Association of Ontario Health Centres, and I represent 68 such community health centres in the Province of Ontario.

In commenting on the interim report that the committee has created, I want to comment on four specific issues: first, financing and refocussing of Canada's health care system; second, primary care reform; third, expansion of health care services, and fourth, the population health role.

On financing, we support a comprehensive, publicly funded health care system that is accessible to all Canadians. We do not agree that user fees will enhance health care delivery or control costs. We also believe, as shown in the Australian experience, that user charges or any greater reliance on for-profit insurance systems will end up being more costly.

In Quebec when elderly people and people on welfare had to pay user fees for prescription drugs, they took less medicine, which resulted in sicker patients and more visits to hospital emergency departments. User fees help reduce costs in the short term, but eventually lead to more spending because more people neglect getting treatment earlier.

For-profit organizations, by their nature, are motivated mainly by profit and not necessarily by the best interests of patients. Studies have shown that their administrative costs are higher than those of their not-for-profit counterparts, without necessarily providing better care. In a two-tiered system, waiting lists for public patients become longer, as physicians work more hours in the private sector.

En outre, l'actuel ministère fédéral de la Santé aurait besoin d'un bon coup de fouet, dans le monde réel de la santé, afin de jouer le rôle que vous envisagez dans votre rapport.

C'est avec plaisir que je répondrai à vos questions.

**M. Gary O'Connor, directeur général, Association des centres de santé de l'Ontario:** Merci, sénateur Kirby, messieurs, mesdames, membres du comité.

Dans l'ensemble, les Canadiens sont fiers de notre système de santé. Si on compare la situation à celle d'autres pays, l'attachement du Canada à un système de santé universel et accessible où les soins sont complets et transférables, dans le cadre d'une administration publique, reflète des valeurs d'équité et de justice qui symbolisent le Canada.

L'avenir du système est une question qui revêt une grande importance pour tous les Canadiens. Nous félicitons l'Association médicale de l'Ontario sénatoriale permanente des affaires sociales, des sciences et de la technologie d'avoir pris en charge la tâche qui consiste à examiner le système de santé du Canada. Nous recommandons que l'Association médicale de l'Ontario, dans le cadre de ce travail, examine également de près les centres de santé communautaires. Je travaille pour l'Association des centres de santé de l'Ontario et je représente 68 centres de santé communautaires situés dans la province de l'Ontario.

À propos du rapport intérimaire du Association médicale de l'Ontario, j'aimerais commenter quatre questions particulières: premièrement, le financement et le ciblage du système de santé du Canada; deuxièmement, la réforme des soins primaires; troisièmement, l'expansion des services de santé; et, quatrièmement, la santé de la population.

Pour ce qui est du financement, nous sommes en faveur d'un système de santé complet financé à même les deniers publics et qui est accessible à tous les Canadiens. Nous ne sommes pas d'accord avec l'idée que l'application d'un ticket modérateur améliorerait la prestation des soins ou servirait à contrôler les coûts. De même, nous croyons, comme le démontre l'expérience vécue en Australie, que toute application d'un ticket modérateur ou toute mesure visant à recourir davantage aux systèmes d'assurance à but lucratif finira par nous coûter plus cher.

Au Québec, quand les personnes âgées et les assistés sociaux ont dû payer un ticket modérateur pour obtenir des médicaments d'ordonnance, ils ont consommé moins de médicaments, ce qui a donné des gens plus malades et fait augmenter le nombre de consultations dans les urgences des hôpitaux. Le ticket modérateur permet de réduire les coûts à court terme, mais, en dernière analyse, il entraîne des dépenses plus grandes, parce qu'un plus grand nombre de personnes choisissent de ne pas aller se faire traiter aussi tôt.

Les organisations à but lucratif, de par leur nature même, sont motivées d'abord et avant tout par la recherche du profit et non pas forcément par l'intérêt du malade. Des études ont démontré que leurs coûts administratifs sont plus élevés que ceux des organisations sans but lucratif, sans qu'ils ne fournissent nécessairement de meilleurs soins. Dans un système à deux vitesses, les listes d'attente pour les patients du public sont plus

We believe that there are other ways to achieve the objective of a more reasonable use of resources by both providers and users, for example, providing integrated interdisciplinary primary care.

Not all patients must be seen by a doctor. This was shown by a recent review of service events by providers in 20 community health centres in Ontario, where 32 per cent of the services were given by physicians, 43 per cent by nurses or nurse practitioners, 9 per cent by social workers, 4 per cent by chiropodists and 12 per cent by others.

Before considering a two-tiered system, we recommend the committee thoroughly explore the research, showing how two-tiered systems increase waiting times and cost more. Publicly funded health care systems can be made more effective and efficient, and reports such as the Clair Commission and the Fyke committee point the way.

Under refocussing, we commend the Senate committee for recognizing that we must change the focus of our health care system from an illness-based model to a more holistic model of supporting the health of Canadians. The National Forum on Health revealed that Canadians broadly endorse this redefinition and redesign.

Central to this redefinition is the reform of primary health care. We commend the federal government's agreement with the provinces to contribute \$800 million to primary health care reform and this committee's support for health care delivered by interdisciplinary teams of professionals.

Community health centres in Ontario have been providing precisely this kind of care for 30 years. We strongly recommend that the federal government promote the community health centre model as described in our paper. I will not go through the list of elements, but they are there for you to read.

Although the community health centre model is mentioned in your interim report, the committee does not appear to have considered that in its discussion of cost-effective options. We suggest the committee should investigate this aspect.

Community health centres are demonstrably more economical than fee-for-service models and practice. In the early 1980s, Saskatchewan Health researched the public cost of 200 fee-for-service urban doctors compared to those at community clinics. Clinics, on average, cost 17 per cent less than the private physicians in terms of lower prescription costs, lower use of services and lower levels of hospitalization of patients.

longues, car les médecins travaillent un plus grand nombre d'heures dans le secteur privé.

Nous croyons qu'il existe d'autres façons d'atteindre l'objectif qui consiste à faire un usage plus raisonnable des ressources chez les fournisseurs et les utilisateurs à la fois, par exemple en instaurant des soins primaires interdisciplinaires intégrés.

Tous les patients n'ont pas à consulter un médecin. Un examen récent des services fournis dans 20 centres de santé communautaires en Ontario l'a démontré: 32 p. 100 des services ont été fournis par des médecins, 43 p. 100 par des infirmières ou des infirmières praticiennes, 9 p. 100 par des travailleurs sociaux, 4 p. 100 par des podologues et 12 p. 100 par d'autres.

Nous recommandons que le comité, avant d'envisager d'instaurer un système à deux vitesses, approfondisse les recherches qui démontrent que les systèmes à deux vitesses ont pour effet d'accroître le temps d'attente et les coûts. On peut agir pour rendre les systèmes de santé publics plus efficaces et plus efficaces, et des rapports comme celui de la Commission Clair et du comité Fyke nous montrent la voie.

Quant au reciblage du système, nous félicitons le comité sénatorial d'avoir reconnu que nous devons réorienter notre système de santé, en délaissant le modèle pathologique au profit d'un modèle plus global qui soutient la santé des Canadiens. Le Forum national sur la santé a révélé que les Canadiens, globalement, sont d'accord avec cette nouvelle définition et cette nouvelle conception des choses.

Élément central pour redéfinir le système: la réforme des soins de santé primaires. Nous félicitons le gouvernement fédéral de s'être entendu avec les provinces pour fournir 800 millions de dollars à la réforme des soins de santé primaires et félicitons votre comité de son appui à l'égard du travail des équipes de professionnels interdisciplinaires dans le domaine de la santé.

Les centres de santé communautaires de l'Ontario fournissent justement des soins de cette nature depuis 30 ans. Nous recommandons vivement au gouvernement fédéral de préconiser le modèle de centre de santé communautaire tel qu'il est décrit dans notre mémoire. Je ne vais pas dresser la liste exhaustive des éléments, mais vous pourrez en faire la lecture à votre guise.

Même si le modèle de centre de santé communautaire est mentionné dans votre rapport intérimaire, l'Association médicale de l'Ontario ne semble pas en avoir tenu compte dans son examen des options rentables qui se présentent. Nous proposons au comité d'explorer cet aspect du modèle.

Les centres de santé communautaires, la preuve peut en être faite, ne sont pas plus économiques que les modèles et les pratiques fondés sur la rémunération à l'acte. Au début des années 80, Saskatchewan Health a fait des recherches sur le coût des services de 200 médecins urbains rémunérés à l'acte dans le réseau public, par rapport au coût dans les cliniques communautaires. En moyenne, le service des médecins en clinique coûtait 17 p. 100 de moins que celui des médecins en cabinet privé pour ce qui touche les ordonnances et le recours général aux services. De même, le taux d'hospitalisation était moindre.



In Ontario, the Ministry of Health has just completed a strategic review of the community health centre program. Though it is not yet a public document, some details have been released. Key findings presented to the public so far show that community health centres, CHCs, exhibit desired primary care reform features such as alternate payments, interdisciplinary teams, community involvement, 24/7 service and availability, et cetera.

CHCs are accountable through community board governance, service agreements and accreditation. They meet ministry goals and deliver on ministry strategies. They have a strategic role to play in primary health care, particularly in serving the disadvantaged populations and populations facing access barriers.

Family health networks will not reduce the need for community health centres because family health networks are not designed to improve access for disadvantaged groups. CHCs are one way to meet the needs of under serviced areas.

We strongly recommend that the federal and provincial governments recognize, support and foster the community health centre model as an ideal model for provision of community-based primary care.

On the expansion of health care services, we believe in the need to incorporate home care, palliative care and the cost of prescription drugs under the principles of comprehensiveness in the Canada Health Act. We support the national pharmacare initiative and the national home care program. Both of these programs would reduce costs and pressures on the acute system and on institutional long-term care services.

In the population health role, Ontario's community health centres have devoted their services to community partnerships and to community development as a means of dealing with social determinants of health for the last 30 years. We are strong advocates for communities and many health care services and issues within those communities.

We agree with the Senate committee's assertion that the population health role of the federal government should focus on illness prevention rather than treating people once they are sick. However, we believe that there is a further role for the federal government in population health.

In your report, you reference the determinants of health, but you have not taken the body of work to heart. Canadians enjoy a high standard of health due to many factors that are outside what we traditionally call health care. Over the past century, the most

En Ontario, le ministère de la Santé vient de parachever un examen stratégique du programme de centre de santé communautaire. Il ne s'agit pas encore d'un document public, mais certaines précisions ont été rendues publiques. Les conclusions principales rendues publiques jusqu'à maintenant démontrent que les centres de santé communautaires appliquent les éléments souhaités de la réforme des soins primaires comme les solutions de rechange à la rémunération à l'acte, le recours à des équipes interdisciplinaires, la participation de la collectivité, l'offre ininterrompue des services (24 heures par jour, sept jours sur sept) et l'accessibilité des soins, et ainsi de suite.

Les CSC rendent compte de leur travail en faisant rapport auprès d'un conseil d'administration de la collectivité, en respectant les ententes de service et en respectant les conditions d'accréditation. Ils répondent aux objectifs du ministère et appliquent les stratégies du ministère. Ils ont un rôle stratégique à jouer dans le contexte des soins primaires, particulièrement quand il s'agit de servir des populations défavorisées et des populations aux prises avec des obstacles à l'accès.

Les réseaux de santé familiaux ne rendront pas inutiles les centres de santé communautaires, car ils ne sont pas conçus pour améliorer l'accès aux soins des groupes défavorisés. Les CSC représentent une façon de répondre aux besoins dans les cas où les services font défaut.

Nous recommandons vivement aux administrations fédérales et provinciales de reconnaître, de soutenir et de favoriser le modèle de centre de santé communautaire comme modèle idéal pour la prestation de soins primaires en milieu communautaire.

Quant à l'expansion des services de santé, nous croyons qu'il faut intégrer les soins à domicile, les soins palliatifs et les médicaments d'ordonnance aux éléments que regroupe le principe de l'intégralité prévu dans la Loi canadienne sur la santé. Nous sommes en faveur d'un projet national d'assurance-médicaments et d'un programme national de soins à domicile. Les deux programmes en question permettraient de réduire les coûts et les pressions avec lesquelles composent les responsables des soins actifs et des services de longue durée en établissement.

Pour ce qui est de la santé de la population, les centres de santé communautaires de l'Ontario ont mis leurs services au profit de partenariats communautaires et du développement communautaire comme moyen de composer avec les déterminants sociaux de la santé depuis 30 ans. Nous sommes d'ardents défenseurs des collectivités et des nombreux services et dossiers liés à la santé à l'intérieur des collectivités.

Nous sommes d'accord avec l'Association médicale de l'Ontario sénatoriale quand il dit que, du point de vue de la santé de la population, le gouvernement fédéral devrait privilégier la prévention des maladies, plutôt que de traiter les gens une fois qu'ils deviennent malades. Tout de même, nous croyons que, dans le domaine de la santé de la population, le gouvernement fédéral a un rôle plus large à jouer.

Dans votre rapport, vous faites allusion aux déterminants de la santé, mais vous ne prenez pas la notion à coeur. Les Canadiens jouissent d'un niveau de vie élevé en raison de nombreux facteurs qui échappent à ce que nous qualifions, de tradition, les soins de

dramatic increases in health and wellness have come from sources other than the curative arts. They have come from safe drinking water, housing, income supports and the use of seat belts, to name a few.

We urge the committee to have the courage to consider its mandate as broader than commenting on things that can be achieved by Health Canada. True health care comes from an integrated approach, which would be achieved by partnerships with other ministries within the government and with other governments.

Canadians need affordable housing, adequate incomes, food security, social supports and education. Attention to these issues on the federal level will help to sustain the health care system by helping to keep people healthier longer.

Finally, our last three recommendations are based on these facts. We recommend that the Senate committee should advocate expansion of the federal government's role in population health to include attention to affordable housing, income security programs, social supports and education. These issues cross ministerial and government boundaries, therefore they require that the government think outside the box.

In addition, we strongly recommend that the federal government re-enter the field of social housing for the general population through strong federal social housing programs. Safe, affordable, sustainable housing is one of the most significant factors contributing to healthy individuals, families and communities.

Finally, we recommend that the Senate committee advocate that the federal government must reaffirm its role in the provision of health services to Aboriginal peoples.

**The Chairman:** I would like to ask Mr. Lozon one question, partly because he said he might get into the funding issues and then did not, and partly to ask about an option that has been raised with us by various people across the country, which was originally started with the National Forum on Health. That is the question of whether funding ought to follow the patient rather than the institution.

The net effect of that is to separate the payer function from the provider function so that patients would go to any institution they wanted to be treated and the payment would still come from the government. The patient, in that sense, is independent. If you do that, you obviously have to separate the evaluator function as well.

santé. Depuis un siècle, l'amélioration la plus marquée du point de vue de la santé et du mieux-être est attribuable à des sources autres que la thérapeutique. Les facteurs en cause sont les suivants: une eau potable, des logements salubres, le soutien du revenu et le port de la ceinture de sécurité en voiture, pour n'en nommer que quelques-uns.

Nous espérons que l'Association médicale de l'Ontario aura le courage d'envisager son mandat dans un contexte plus vaste que les seules choses dont peut s'occuper Santé Canada. Une approche véritablement fondée de la santé reposerait sur l'intégration des éléments qui feraient appel à des partenariats conclus avec d'autres ministères à l'intérieur du gouvernement ainsi qu'avec d'autres gouvernements.

Les Canadiens ont besoin de logements abordables, de revenus adéquats, d'aliments salubres, de mesures de soutien sociales et d'éducation. L'attention portée à ces questions à l'échelle fédérale aidera à soutenir le système de santé en permettant que les gens demeurent en santé plus longtemps.

Enfin, nos trois dernières recommandations reposent sur ces faits. Nous recommandons que l'Association médicale de l'Ontario sénatoriale préconise l'expansion du rôle du gouvernement fédéral pour ce qui est de la santé de la population, en incluant notamment les logements abordables, les programmes de sécurité du revenu, les mesures de soutien social et l'éducation. Ces questions font fi des lignes de démarcation entre les ministères et les gouvernements; par conséquent, le gouvernement doit sortir du carcan intellectuel qui marque la situation à l'heure actuelle.

En outre, nous recommandons vivement au gouvernement fédéral de réintégrer le domaine du logement social, pour la population générale, en instaurant de solides programmes fédéraux de logement social. Se loger en toute sécurité, à prix abordable, et de façon durable, voilà l'un des facteurs les plus importants qui puisse contribuer à la santé des individus, des familles et des collectivités.

Enfin, nous recommandons que l'Association médicale de l'Ontario sénatoriale préconise que le gouvernement fédéral réaffirme son rôle dans la prestation des services de santé à l'intention des peuples autochtones.

**Le président:** J'aimerais poser une question à M. Lozon, en partie parce qu'il a dit qu'il abandonnerait peut-être le dossier du financement, mais qu'ensuite il ne l'a pas fait, et en partie pour l'interroger sur une option qui a été signalée à notre intention par diverses personnes au pays, et qui tire son origine du Forum national sur la santé. C'est-à-dire de savoir si le financement devrait «suivre» le patient, plutôt que l'établissement.

L'effet net de cela, ce serait de dissocier la fonction de payeur de la fonction de fournisseur, pour que les patients puissent se rendre dans l'établissement de leur choix pour être traités et que le paiement provienne tout de même du gouvernement. Le patient, en ce sens, est indépendant. Si vous faites cela, vous établissez évidemment la fonction d'évaluateur comme étant distincte aussi.



Have you ever thought about that model? What do you think of the idea? You might want to use that as an entree into commenting on some of the other funding options that we outlined as options.

**Mr. Lozon:** A number of jurisdictions, most notably Great Britain, have moved into a purchaser-provider sort of split, which is the euphemism for what you are talking about, whereby a group of individuals deals with the purchasing of the function and a number of providers provide that function. It has some merit because it introduces a certain amount of accountability into the system and an alignment of incentives that we do not really have.

We are not set up to do that right now. We are not set up in the integrated fashion that we must be set up in, to actually make it work.

I thought you would ask me more questions related to individual participation in the system from a financing perspective. I did have some comments on that, relative to your report.

I actually support greater individual involvement in the financing of the health care system predicated on the assumption that the most vulnerable in our society will continue to receive care and service without financial barriers. Your report could be stronger in this particular regard when you lay out the options.

I support more personal payment into the system because, generally, a free good is seen to have no value. Through a series of technological breakthroughs and successive political promises, we have created a sense of entitlement that the system cannot satisfy.

The purpose of greater personal payment through mechanisms laid out in the report would not only be to provide additional resources but, more important, to create an understanding that the system is not free and should not be treated as a renewable resource.

**Senator Morin:** Dr. Sky, you feel very strongly about privacy of health information. Would you consider an exception for research?

**Dr. Sky:** No, Senator. The information belongs to the patient. It does not belong to the greater good of other people.

If you separate that ownership, then you will interfere with the doctor-patient relationship in a very serious way. It is very difficult for me, as a physician, to obtain trust from my patients and to get them to give me all of the details that I need to treat them properly. If, for any reason, they should suspect that identifiable information about themselves was going to be transferred, for whatever good purpose, to a third party without their consent, they might hold back vital information.

Avez-vous déjà réfléchi à ce modèle? Que pensez-vous de l'idée? Vous allez peut-être vouloir vous en servir comme introduction pour aborder certaines des autres options que nous avons exposées pour ce qui est du financement?

**M. Lozon:** Dans plusieurs administrations, et notamment en Grande-Bretagne, on a adopté une sorte de partage entre l'acheteur et le fournisseur, ce qui est un euphémisme désignant ce dont vous parliez, où un groupe de personnes traite de l'achat de la fonction et où un certain nombre de fournisseurs exercent la fonction. Cela a un certain mérite, du fait d'introduire dans le système un certain degré de responsabilisation et un certain alignement de mesures d'encouragement que nous n'avons pas vraiment.

Nous n'avons pas la structure voulue pour faire cela en ce moment. Nous n'avons pas la structure intégrée qu'il faut pour faire en sorte, vraiment, que cela fonctionne.

Je croyais que vous alliez me poser plus de questions concernant la participation individuelle au système du point de vue du financement. J'avais des observations à formuler à ce sujet, en ce qui concerne votre rapport.

De fait, je suis en faveur d'une plus grande participation individuelle au financement du système de santé, à condition que les personnes les plus vulnérables de notre société continuent de recevoir des soins et des services, sans obstacles financiers à cet égard. Votre rapport pourrait être plus fort, et particulièrement à cet égard, quand vous exposez les options.

Je suis en faveur d'une plus grande injection personnelle de fonds dans le système parce que, en règle générale, un bien gratuit est considéré comme n'ayant pas de valeur. Au moyen d'une série de percées techniques et de promesses politiques, nous avons incité les gens à croire qu'ils ont droit à quelque chose, mais ce quelque chose, le système ne peut le satisfaire.

Une plus grande contribution personnelle, par l'entremise des mécanismes exposés dans le rapport, permettrait non seulement d'accroître les ressources, mais, ce qui est encore plus important, de faire comprendre que le système n'est pas gratuit et qu'il ne devrait pas être traité comme une ressource renouvelable.

**Le sénateur Morin:** Docteur Sky, vous croyez beaucoup au caractère privé de renseignements sur la santé. Envisageriez-vous une exception dans le cas de la recherche?

**Le Dr Sky:** Non, sénateur. Les renseignements appartiennent au patient. Ils ne relèvent pas du bien commun d'autres personnes.

Si vous séparez les éléments de cette propriété, vous vous immiscez gravement dans la relation entre le médecin et le malade. Il est difficile pour moi, en tant que médecin, d'obtenir la confiance de mes patients et d'obtenir qu'ils me donnent toutes les précisions voulues pour que je puisse les traiter convenablement. Si, pour une raison ou pour une autre, ils devaient soupçonner que les renseignements personnels à leur sujet vont être transférés, quelle que soit la fin utile envisagée, à une tierce partie sans leur consentement, ils vont peut-être choisir de ne pas révéler un renseignement capital.

**Senator Morin:** You say the epidemiological research outcome studies for the improvement of the health care delivery system — report cards on given institutions — the outcomes of Dr. Keon's heart surgery as compared to the outcomes of some other hospital, would be impossible.

**Dr. Sky:** Not at all. Many of the epidemiological studies can be done without identifiable information, and that is the purpose of keeping the health information with the physician. Allow the identifiers to be scrubbed clean so that most of the information can be used without that. If the patient consents to the use of that information, identifiers can be added, but there should never be an implied consent. There should always be an absolute, identified consent.

**Senator Morin:** Mr. Lozon, as usual, you are very clear and very provocative.

As you know, the Claire Report has suggested a health care agency that would administer the health care program in Quebec, and surprisingly enough, the minister did not put it into application yet, and I doubt very much if he will. This is an idea that has been going around for a little while.

Coming back to the federal role, of course we have a mosaic of health care systems as it is already, and as time goes, each provincial system becomes quite different. That is a fact.

All studies have shown that Canadians support, by a very strong majority, a federal role in the health care delivery system, and they believe in national standards, whatever that means. There is also the matter of the poorer provinces having a presence. Health care for Canadians is not treated equally by the health care system. That is a major issue, and it will be difficult to get around that. The easier way out — and I thought about this — is to just let each province have its own system, as long as we have certain guidelines.

The provinces would be more prepared to go about that if we had stable funding at the national level. That is one element. How we get that is another issue, but if we had the possibility of insuring stable funding to the provinces, it would be easier.

I agree with you on the regionalization of health care. All that does, in my experience, is add an extra layer of bureaucracy. That is about all it does.

You say there is no evidence for that. Do we have evidence for primary care reform? Do we have the same type of questions concerning regionalization?

**Le sénateur Morin:** Vous dites que les études épidémiologiques sur les résultats, pour l'amélioration de la prestation des soins de santé — les bulletins sur tel ou tel établissement — les résultats des opérations au cœur du Dr Keon, par rapport aux résultats établis dans un autre hôpital, seraient impossibles.

**Le Dr Sky:** Pas du tout. Nombre des études épidémiologiques en question peuvent se faire sans que l'on dispose de renseignements personnels qui permettraient d'identifier quelqu'un, et c'est pourquoi les renseignements sur la santé doivent être gardés par le médecin. Permettez que les éléments identifiables soient supprimés, pour que la majeure partie de l'information serve par ailleurs. Si le patient consent à ce qu'on utilise les renseignements voulus, les éléments identificateurs peuvent s'y retrouver, mais il ne faut jamais présumer du consentement. Ce serait un consentement absolu, explicite.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Lozon, comme d'habitude, vous avez des idées très claires, des idées qui stimulent beaucoup.

Comme vous le savez, le rapport Clair propose l'établissement d'un organisme de la santé qui se chargerait d'administrer le programme de la santé au Québec et, fait assez étonnant, le Ministre ne l'a pas encore mis en place, et je doute sérieusement qu'il le fasse. C'est une idée qui circule depuis un certain temps déjà.

Pour revenir au rôle du gouvernement fédéral, bien entendu, nous avons déjà une mosaïque de systèmes de santé et, au fil du temps, chacun des systèmes provinciaux devient assez différent des autres. Voilà un fait.

Toutes les études l'ont démontré: par une très forte majorité, les Canadiens sont d'accord pour dire que le gouvernement fédéral devrait jouer un rôle dans le système de prestation des soins de santé, et ils croient à des normes nationales, quelle que puisse être la signification du terme. Il y a aussi la question que les provinces moins nantes aient une présence. Les soins de santé prodigués aux Canadiens ne sont pas traités de manière égale par le système de santé. C'est une grande question, et il est difficile de contourner la difficulté. La solution de facilité — et j'y ai pensé —, c'est de laisser simplement à chaque province son propre système, à condition d'appliquer certaines lignes directrices.

Les provinces seraient mieux disposées à choisir cette voie si nous avions, à l'échelle nationale, un financement stable. Voilà un élément. Comment l'obtenir, voilà une autre question, mais si nous avions la possibilité d'assurer un financement stable à l'intention des provinces, ce serait plus facile.

Je suis d'accord avec vous en ce qui concerne la régionalisation des soins de santé. Tout ce que cela fait, selon mon expérience, c'est d'ajouter un palier à la bureaucratie. C'est à peu près tout ce que ça fait.

Vous dites que rien ne permet de le croire. Y a-t-il des données qui permettent de croire à l'utilité de la réforme des soins primaires? Avons-nous les mêmes genres de questions en ce qui concerne la régionalisation?



Mr. O'Connor. I do not know if you listened to the previous witness, Ms Dunlop. I was struck by a good paragraph in her report: "We believe that private for profit organizations are an essential partner in the future of Canadian health care." She goes on to say:

We have proven ourselves as valued stakeholder organizations providing excellent health care within a context of economic discipline. We do focus on efficiency and effectiveness. Profitability means reinvestment in our health care system...

That is in the form of capital spending.

We were told that capital spending is one of the problems of our system. I notice, in your own report, that recommendation number one is not-for-profit, as though that were something you were very much against.

**Mr. O'Connor:** I can only speak from my experience. I was not here for Ms Dunlop's presentation. I was only here for questions and answers.

Arguments can be made for profit and not-for-profit. When you compare studies in the United States between for-profit organizations and not-for-profit organizations, the outcomes are not dramatically different.

**Senator Morin:** I can bring you evidence for the opposite. You have quoted studies that show that, but there is recent evidence showing that for-profit is better. You just quote what you want, really.

**Mr. O'Connor:** That is fine. We could have an argument on quotations. My point is that when you consider needs, you have to examine what the needs of the patient are. My experience is the needs of patients are better served in a not-for-profit system.

**Mr. Lozon:** I have a couple of comments to Senator Morin's views.

I understand that Canadians would like a national system. At the same time, my question is, what do the provinces want? The simple reality is that there is a certain amount of federal-provincial wrangling and a debate that goes on. The creation of a national system requires not only that Canadians and the federal government want it, but that the provinces also want it. That would be more likely in an environment of stable federal funding. That has to be knowledgeable and expert funding as well, and not just in selected areas.

I will give you an example. Although we applaud the introduction of \$1 billion for health technology, you should be aware that generates additional operating costs that will ultimately be borne by the provinces, or the institutions that are supported by the province.

Senator, I was not aware that the Clair Commission had proposed an independent agency, but I think that addresses the fundamental question. The fundamental question is we have

Monsieur O'Connor, je ne sais pas si vous avez écouté le témoin précédent, Mme Dunlop. Il y a un bon paragraphe de son rapport qui m'a frappé: [Traduction] «Nous croyons que les organisations privées à but lucratif représentent un partenaire essentiel de l'avenir des soins de santé canadiens». Elle poursuit:

Nous avons fait nos preuves, c'est-à-dire que nous formons des organisations légitimes qui fournissent d'excellents soins de santé tout en respectant les principes économiques. Nous insistons bel et bien sur l'efficacité et l'efficacités. Qui dit rentabilité dit réinvestissement dans notre système de santé.

Cela se fait sous la forme de dépenses d'immobilisations.

On nous a dit que les dépenses d'immobilisations représentent l'une des difficultés de notre système. J'ai remarqué que, dans votre propre rapport, la toute première recommandation insiste sur le caractère sans but lucratif de la chose, comme si vous vous opposiez tout à fait à l'autre vision du monde.

**M. O'Connor:** Je ne peux que m'appuyer sur mon expérience personnelle. Je n'étais pas présent durant le témoignage de Mme Dunlop. J'ai assisté seulement à la séance de questions.

On peut présenter des arguments en faveur d'un régime à but lucratif ou d'un régime sans but lucratif. Quand vous comparez des études faites aux États-Unis entre les organisations à but lucratif et les organisations sans but lucratif, vous découvrez que les résultats ne sont pas très différents.

**Le sénateur Morin:** Je peux vous présenter des données qui disent l'inverse. Vous avez cité des études qui montrent cela, mais il y a des études récentes qui montrent que le régime à but lucratif est meilleur. On cite ce qui fait notre affaire, en fait.

**M. O'Connor:** C'est juste. Nous pourrions nous obstiner en citant telle ou telle étude. Ce que je veux faire valoir, c'est que lorsqu'on envisage les besoins, il faut examiner quels sont les besoins du patient. D'après mon expérience, on répond mieux aux besoins du patient dans un régime sans but lucratif.

**M. Lozon:** J'ai quelques observations à formuler à propos des vues du sénateur Morin.

Je comprends que les Canadiens puissent souhaiter un système national. En même temps, ma question est la suivante: que veulent donc les provinces? La réalité est toute simple, c'est que les autorités fédérales et provinciales se disputent un peu et que le débat continue. La création d'un système national exige non seulement que les Canadiens et le gouvernement fédéral en veuillent, mais aussi que les provinces en veuillent. Cela serait plus vraisemblable dans un contexte où le financement fédéral se fait stable. Il faut également que le financement en question repose sur des décisions bien avisées qui feront appel à des experts et non seulement être ciblées de telle ou telle façon.

Je vais vous donner un exemple. Nous applaudissons l'injection d'un milliard de dollars en technologies de la santé, mais il faut savoir que cela suscite des coûts de fonctionnement supplémentaires que finiront par assumer les provinces ou les établissements qui sont soutenus par la province.

Sénateur, je ne savais pas que la Commission Clair avait proposé la création d'un organisme indépendant, mais je crois que cela touche au fondement de la question. Le fondement de la

created — and I will use Ontario as an example — a health care system of \$23 billion. We asked the system to fund institutions, individuals. We ask it to plan thoughtfully. We ask it to provide effective capital resources. We ask it to conduct research. We ask the system, the Ministry of Health, to do effective human resources planning, and I think you have probably heard enough in your cross-country travels to indicate that that is not well done in any particular jurisdiction. We have simply asked too much of the particular system, particularly in an environment where the turnover of the leadership is so rapid. There is a very big gap between good ideas, helpful intentions and execution. That is the point I was trying to address.

**The Chairman:** On that score, does your model separate planning from implementation? In other words, would you leave the planning function in the department and the actual implementation and overseeing management function in the agency, or would you put the planning function into the agency as well?

**Mr. Lozon:** I would put the planning function into the agency. I would keep certain elements of the current responsibilities within the ministries separate and apart from that. A good case in point would be human resources. Human resource planning at a federal-provincial level is not well done, and in part, it is not well done because it always gets confused with, or does not get the attention that is required, given the enormous operational issues that exist.

I think that your group has considered human resources planning as potentially federal-provincial work. That it would be something that would stay with elected officials, as would the establishment of high level goals: X amount of time for waiting lists for cancer, X number for cardiac surgical wait times, access to primary care physicians, as in the "care guarantee" notion which you have outlined in one of your option papers. Establishment of goals would continue to rest with a government.

**The Chairman:** The overall system performance measures would rest with the ultimate party responsible, which is the government.

**Mr. Lozon:** Right.

**Senator LeBreton:** I was thinking, rather "tongue-in-check" when I heard Mr. Lozon talk about keeping this away from elected politics, that we have very much appreciated your indirect support for an unelected Senate.

In any event, my question is for Dr. Kenneth Sky, on the whole notion of information technology. While I certainly concur that it should not be in the hands of government, I would like to know why you think it should be in the hands of the physician and not the individual patient. If I have my own passport and my own Social Insurance Number, is it not something that I, as the patient,

question, c'est que nous avons créé — et je prendrai pour exemple l'Ontario — un système de santé de 23 milliards de dollars. Nous avons demandé aux responsables du système de financer des établissements, des particuliers. Nous leur demandons de planifier les choses soigneusement. Nous leur demandons de prévoir des investissements efficaces. Nous leur demandons de faire de la recherche. Nous demandons au responsable du système, le ministère de la Santé, de planifier efficacement l'utilisation des ressources humaines, et je crois que vous en avez suffisamment entendu, selon votre périple pancanadien, pour savoir que cela ne se fait pas très bien dans un endroit ou un autre. Nous en avons simplement trop demandé au responsable de ce système particulier, surtout dans un contexte où le taux de roulement des dirigeants est si élevé. Il existe un très grand écart entre les bonnes idées proposées, les intentions bienveillantes et l'exécution. C'est ce que je voulais souligner.

**Le président:** À ce sujet, votre modèle distingue-t-il la planification de la mise en oeuvre? Autrement dit, laisseriez-vous la fonction de planification au ministère et la fonction de mise en oeuvre et de surveillance à l'organisme, ou encore la fonction planification irait-elle à l'organisme aussi?

**M. Lozon:** Je confierais la fonction de planification à l'organisme. Je garderais à part, au ministère, certains éléments des responsabilités actuelles. Un bon exemple serait celui des ressources humaines. La planification des ressources humaines à l'échelle fédérale-provinciale est inadéquate, et si elle l'est, c'est en partie parce qu'elle se fait toujours dans la confusion ou qu'elle n'obtient pas toute l'attention voulue, étant donné les énormes problèmes opérationnels qui existent.

Je crois que votre groupe a envisagé la planification des ressources humaines comme pouvant être un travail fédéral-provincial. C'est une tâche qui pourrait demeurer la responsabilité des élus, tout comme l'établissement des objectifs de haut niveau: tel délai pour les listes d'attente dans le cas des cancéreux, tel délai pour les personnes en attente d'une chirurgie cardiaque, l'accès aux médecins de premier recours, comme cela se ferait avec l'adoption de la notion des «soins garantis» que vous avez exposée dans l'un de vos documents sur les options. L'établissement des objectifs demeurerait la responsabilité d'un gouvernement.

**Le président:** Dans l'ensemble, les mesures du rendement du système demeurerait la responsabilité du parti politique qui en est redevable, soit le parti qui forme le gouvernement.

**M. Lozon:** Tout à fait.

**Le sénateur LeBreton:** De façon un peu humoristique, je pensais, quand j'ai entendu M. Lozon dire qu'il faut tenir ça à l'écart de la politique partisane, que nous apprécions énormément votre soutien indirect à l'égard d'un Sénat non élu.

De toute manière, ma question s'adresse au Dr. Kenneth Sky et porte sur toute l'idée de la technologie de l'information. Je suis certes d'accord pour dire que cela ne devrait pas être entre les mains du gouvernement, mais j'aimerais savoir pourquoi vous pensez que cela devrait être entre les mains du médecin et non pas du patient lui-même. Si j'ai mon propre passeport et mon propre



should have control over, rather than the physician? I am curious as to why you think a system of having it in the physicians' hands rather than the patients' would be better.

**Dr. Sky:** Senator, I must point out that I am a real doctor and I actually do take care of patients. In my real life, what I find is that about 20 per cent of patients in Ontario show up, at least in my office, without their health card. When it comes to children, probably 50 per cent who show up, and the other parent has their card.

You made some allusions with the previous presenters to having a "smart card." Our experience with that so far has been that smart cards are really quite dumb. They are very fragile. They are easy to destroy or break or manipulate, and all in all, patients just do not have the wherewithal to keep all of that. You could not store enough information on a card in a strong enough form to keep it portable.

We feel that if you kept information in a central repository, usually with the safeguards that most of the information is actually in the hands of the treating physician, you can perform very much better with the information and in making sure that it flows to the point of service in a timely fashion. That means bringing in all of the rest of the health care information.

In Ontario we have insured with our new system that we will be able to interface with our Community Care Access Centres, CCACs, with hospitals, labs, and even with imaging centres so that everything will be brought together.

**Senator LeBreton:** Would a patient who, for whatever reason, keeps jumping from one doctor to another or trying different pharmaceuticals and different pharmacies be caught by that system?

**Dr. Sky:** I would not want to refer to that as "caught," but such an individual would be identified. Certainly that will be part of the savings and the efficiencies that we will have. It will also allow us to prevent duplication of costly diagnostic testing.

**Senator LeBreton:** Do you mean testing, such as blood tests?

**Dr. Sky:** I refer to imaging tests, in particular, which are expensive.

**Senator LeBreton:** How does that impact on a patient's right to choice? If you, as a doctor, have a person's file and he or she, for whatever reason, wants to go to a different physician, how are the records transferred out of your system? Is that all on a central system?

**Dr. Sky:** It will be transferred in the blink of an eye. It certainly can be quickly identified.

We will have a few things in place. For security of the whole system, there will be a 128-bit SSL encryption, which is as good

numéro d'assurance sociale, n'est-ce pas une chose dont le contrôle devrait m'appartenir à moi, le patient, plutôt qu'au médecin? J'aimerais savoir pourquoi vous croyez qu'il vaut mieux remettre cela entre les mains du médecin que du patient.

**Le Dr Sky:** Sénateur, je dois signaler que je suis vraiment médecin et que je prodigue vraiment des soins à des patients. Dans la vie de tous les jours, ce que je constate, c'est qu'il y a environ 20 p. 100 des patients en Ontario qui, du moins c'est le cas pour mon cabinet, se présentent sans avoir sur eux leur carte de santé. Pour ce qui est des enfants, cela se passe dans 50 p. 100 des cas, probablement, l'autre parent étant celui qui a la carte.

Vous avez fait allusion au fait que d'autres témoins ont parlé d'une «carte à puce». Selon ce que nous avons vu jusqu'à maintenant, les cartes à puce ne sont pas la mer à boire. Elles sont très fragiles. Elles sont faciles à détruire ou à briser ou à manipuler et, dans l'ensemble, les patients n'ont pas ce qu'il faut pour garder tout cela. On ne pourrait stocker suffisamment d'information sur une carte qui est assez solide pour être transportée sur soi.

Nous sommes d'avis que si l'information est conservée dans une banque centrale — la mesure de protection habituelle étant que, pour la majeure partie, l'information se retrouve entre les mains du médecin traitant — on peut utiliser nettement mieux l'information et s'assurer qu'elle chemine jusqu'au point de service en temps utile. Cela veut dire qu'il faut tout le reste des renseignements sur les soins de santé.

En Ontario, avec notre nouveau système, nous nous sommes assurés de pouvoir communiquer avec nos Centres d'accès aux soins communautaires, les CASC, avec les hôpitaux, les laboratoires et même les centres d'imagerie, pour que tout puisse converger.

**Le sénateur LeBreton:** Ce système permettrait-il de mettre la main sur le patient qui, pour une raison ou une autre, ne cesse de changer de médecin ou de produit pharmaceutique ou de pharmacie?

**Le Dr Sky:** Je ne dirais pas qu'il permettrait de «mettre la main» sur une telle personne, mais on pourrait la repérer. Certes, cela permettrait de réaliser des économies et des gains d'efficacité. Cela nous permettra aussi d'empêcher que de coûteuses épreuves de diagnostic se fassent en double.

**Le sénateur LeBreton:** Comme des épreuves sanguines, par exemple?

**Le Dr Sky:** Je parle des épreuves d'imagerie, en particulier, car elles sont très coûteuses.

**Le sénateur LeBreton:** Quelle incidence cela a-t-il sur le droit de choisir du patient? Si c'est vous, le médecin, qui détenez le dossier de la personne et que celui-ci, pour une raison ou une autre, souhaite consulter un autre médecin, comment le dossier sort-il de votre système? Est-ce un système central?

**Le Dr Sky:** Ce serait transféré dans le temps de le dire. Cela peut certainement se faire rapidement.

Nous aurons en place quelques éléments utiles. Pour la sécurité du système entier, il y aura le protocole de chiffrement SSL à

as the banks use, and that should prevent anything short of very sophisticated hackers from getting in.

Certification of the users and of the patients is the next critical step. We think we have the public key infrastructure, PKI, for certification of the users. How to identify patients is still a very critical issue. We have not yet ascertained whether we will use biometrics or some other form of identifier.

**Senator Keon:** I thoroughly enjoyed all three of your presentations.

I would like to discuss a concept, if I may I will start with you, Jeff, and I ask Dr. Sky and Mr. O'Connor to comment as well.

It is ironic that I wrote a brief when the restructuring commission was struck in Ontario recommending that the hospital system not be touched until we had a concept of regionalization or we would be into a disaster. I am afraid that article, or that brief, will surface tomorrow in the *Ottawa Citizen*.

I have heard of your ideas about the independent, provincial, non-profit bodies even when you were Deputy Minister, and it is a truly interesting concept. In fact, it is just a much bigger concept of regionalization.

One of the conundrums we have run into is, we are trying to apply models and we are trying to find models that will fit everywhere. Certainly, trying to design a regional model for Toronto would be a nightmare. However, a regional model in Ottawa-Carleton would work very well, but it would not be necessary if you had the independent, provincial, non-profit body fundamentally doing the same thing on a provincial-wide basis.

Let me drill down for a minute. Can you envision this body dealing with the panacea of health on a population health basis: in other words, dealing with the effect of change of the population health of Ontario? To do that, it would have to engage people like Mr. O'Connor. We would have to solve the primary care piece, Dr. Sky, and in my opinion, that cannot be solved until there is an alternate payment plan for primary care physicians. That is just my opinion, but I want to hear you refute that opinion. I think the big barrier to primary care reform is that we do not have a remuneration plan for primary care physicians.

**Mr. Lozon:** Senator, one of the reasons I made the recommendation that I did was not only because of the issue around stability — which I think is quite real and quite profound — or the lack of stability, but simply that the changes you have even alluded to in your question are difficult to make in the current environment for a Minister of Health, whether he or she is in Regina, Winnipeg, Queen's Park or Halifax. The changes that

128-bit, aussi bon que celui dont se servent les banques, et cela devrait faire échec à quiconque essaie de pénétrer le système, exception faite des pirates informatiques les plus avancés.

La certification des utilisateurs et des patients représente la prochaine étape capitale. Nous croyons avoir l'infrastructure de clé publique, l'ICP, voulue pour la certification des utilisateurs. La manière d'identifier les patients demeure une question tout à fait capitale. Nous n'avons pas encore déterminé si nous allons utiliser la biométrie ou une autre forme d'identification.

**Le sénateur Keon:** J'ai apprécié au plus haut point les trois exposés que vous avez présentés.

J'aimerais discuter d'une notion, si vous permettez que je m'adresse d'abord à vous, Jeff, et je demanderai également au Dr. Sky et à M. O'Connor de commenter la question.

Cela est paradoxal: à l'époque où la commission de restructuration a été mise sur pied en Ontario, j'ai rédigé un mémoire dans lequel j'ai recommandé que l'on ne touche pas au système hospitalier tant que nous n'avions pas bien cerné la notion de régionalisation, sinon ce serait la catastrophe. Je crains que cet article, que ce mémoire se retrouve dans l'édition de demain de l'*Ottawa Citizen*.

J'ai entendu parler de vos idées pour ce qui touche la création d'organismes indépendants, provinciaux, sans but lucratif, même à l'époque où vous étiez sous-ministre, et c'est un concept vraiment intéressant. De fait, c'est simplement la notion de régionalisation sur une échelle beaucoup plus grande.

Une des énigmes qu'il nous faut résoudre tient au fait que nous essayons d'appliquer des modèles et que nous essayons de trouver des modèles qui se révéleront universels. Certes, essayer de concevoir un modèle régional pour Toronto serait un cauchemar. Tout de même, un modèle régional dans Ottawa-Carleton fonctionnerait très bien, mais ce ne serait pas nécessaire si on avait l'organisme indépendant, provincial et sans but lucratif qui, fondamentalement, s'acquitterait de la même tâche à l'échelle provinciale.

Permettez-moi de descendre un peu sur la liste et d'aborder une autre question: Croyez-vous que cet organisme composerait avec la panacée de la santé en fonction des principes de la santé des populations: autrement dit, composer avec l'effet du changement de la santé de la population en Ontario? Pour y arriver, il faudrait faire appel à des gens comme M. O'Connor. Il nous faudrait aussi régler la question des soins primaires, docteur Sky, et, à mon avis, on ne saura régler ça tant qu'il n'y aura pas un autre régime de rémunération des médecins de premier recours. Ce n'est qu'une opinion personnelle, mais je veux vous entendre réfuter cette opinion. Je crois que le grand obstacle à la réforme des soins primaires réside dans le fait que nous n'avons pas de régime de rémunération pour les médecins de premier recours.

**M. Lozon:** Sénateur, une des raisons pour lesquelles j'ai formulé cette recommandation, c'est non seulement en raison de la stabilité — qui me semble être une question très réelle et très profonde — ou du manque de stabilité, mais simplement que les modifications dont vous avez parlé dans votre question sont difficiles à apporter dans le contexte actuel pour un ministre de la Santé, qu'il se trouve à Regina, Winnipeg, Queen's Park ou



are required are so profound and so dangerous and they take so long to get through the system. It does take a long time because this is a very major system overhaul — and they often just do not get done.

The notion behind this is not only to create greater stability, but also to create the platform where those types of activities can get done.

Absent a burning platform such as occurred early in the 1990s around provincial finances and federal finances, many of the things that have occurred — perhaps regionalization in other provinces, the Health Services Restructuring Commission in our province — may not have gotten done, in part because the system requires so many trade-offs that the way forward is very difficult to achieve.

I recommended that as a means of separating that out, I often used to wonder, “Is the Minister of Energy responsible for the lights that go on or off in the Royal York Hotel?” The answer to that is no one ever asked the Minister of Health why the lights go off in the Royal York Hotel. However, it is quite possible that the Minister of Health could be asked why a mother was transferred from Taber, Alberta to Montana for service, and for the minister to be able to take either the political credit or the political damage for that particular activity. It is an impractical system that we have set up, in that way.

**Senator Keon:** Gary, would you comment on what you would think of regionalization as it affects the population of, say, 1 and one-half million people or 2 million people? Would it be a good thing or a bad thing for your concept?

**Mr. O'Connor:** One of the issues with regionalization is scale. In P.E.I., regionalization makes sense. In Toronto, it does not. It is hard to comment on your question with that overlay.

A lot of planning is now turning to community level planning and examining what makes sense for communities. Community health centres have been doing this for 30 years, helping to create vibrant, strong communities and, through that, vibrant strong regions and provinces and countries.

Regionalization, if it is done in a way that serves patient and community needs, is effective and helpful. If it is done in a way that serves provincial and political needs, it is often done in a way that is not helpful to individuals and communities.

I echo what Jeff said. We have to take the politics out of health care, and we have to find a way to make health care certain of a long-term process, that is longer than the electoral process.

**Senator Keon:** Ken, would you comment on how you could implement an APP for family physicians?

**The Chairman:** What is an APP?

Halifax. Les changements qui s'imposent sont si profonds et si dangereux, et ils prennent un temps extraordinaire à acheminer dans tout le système. Cela prend beaucoup de temps parce qu'il s'agit de la refonte d'un très grand système — et, souvent, on n'y arrive simplement pas.

Au fond, il s'agit non seulement de créer une plus grande stabilité, mais également de créer la plate-forme sur laquelle viendront s'appuyer ces genres d'activité.

Si la plate-forme n'avait pas été mise à mal au début des années 90 avec le resserrement des finances provinciales et des finances fédérales, nombre des mesures qui ont été adoptées — peut-être la régionalisation dans d'autres provinces, la Commission de restructuration des services de santé dans la nôtre — n'auraient peut-être jamais été adoptées, en partie parce que le système exige un tel nombre de compromis qu'il devient très difficile d'avancer.

Pour recommander la manière de dissocier ces éléments, je disais souvent: je me demande si le ministre de l'Énergie est responsable des lumières qui sont allumées ou non la nuit à l'hôtel Royal York? La réponse, c'est que personne n'a jamais demandé au ministre de la Santé pourquoi les lumières s'éteignent à l'hôtel Royal York. Par contre, il est tout à fait possible que l'on demande au ministre de la Santé pourquoi une mère a été transférée de Taber, en Alberta, au Montana pour obtenir un service et que le ministre puisse accepter les critiques favorables et défavorables formulées à ce sujet. À cet égard, le système que nous avons mis en place n'est pas pratique.

**Le sénateur Keon:** Gary, pourriez-vous nous dire ce que vous pensez de la régionalisation en tant qu'elle touche une population de, disons, 1,5 ou deux millions d'habitants? Est-ce que ce serait une bonne chose ou une mauvaise chose pour votre concept?

**M. O'Connor:** Une des questions que fait intervenir la régionalisation, c'est la question de l'échelle. À l'Île-du-Prince-Édouard, la régionalisation a du sens. À Toronto, elle n'en a pas. Il est difficile de répondre à la question quand on pense que les deux cas se recouvrent.

Pour une bonne part, la planification devient «communautaire» et consiste à examiner ce qui a du sens pour la collectivité. Or, les centres de santé communautaire font justement cela depuis 30 ans: ils aident à créer des collectivités fortes et dynamiques et, de ce fait, des régions et des provinces et des pays dynamiques.

La régionalisation, si elle est accomplie d'une manière qui sert les patients et qui répond aux besoins de la collectivité, se révèle efficace et utile. Si elle est faite d'une manière qui sert les intérêts provinciaux et politiques, souvent, elle n'est pas utile aux individus et aux collectivités.

Je me fais l'écho de ce que Jeff a dit. Nous devons supprimer de la santé les éléments politiques partisans, et nous devons trouver une façon de faire reposer les soins de santé sur des fondements certains, à long terme, qui dépassent le seul horizon du mandat des partis politiques.

**Le sénateur Keon:** Ken, pourriez-vous nous dire comment vous appliqueriez un PAMP aux médecins de famille?

**Le président:** Qu'est-ce qu'un PAMP?

**Senator Keon:** That is an alternate payment plan. Could you comment on a way to put family physicians on salary for a region that would fit with the community resources in the region, the community clinics, the primary care piece and so forth, so they could work as part of these teams? Can you do that without regionalization?

**Dr. Sky:** Let me first say that as well as being President of the Ontario Medical Association, I am a director on the board of the Canadian Medical Association and I speak frequently to my colleagues right across Canada. It has been their impression that regionalization has been a disaster wherever it has been implemented. It is a system by which governments off-load responsibilities for the shortcomings in the system and tend to just cultivate all the good parts of it. I am not sure that regionalization is necessary for our system, as we have it now.

When it comes to primary care reform, or any other name that goes by — in Ontario it is called the Ontario Family Health Network — let me say, in response first to Senator Morin's question, there is no proof that this works. That is why we have insisted that there be constant evaluation of the system. We have had the first report of that in Ontario. It is an iterative process. We keep changing the model to deal with the shortcomings that we find.

As to the payment model itself, with regard to primary care reform, we are using two or three different models now in our pilot sites. We have a blended form. We have an alternate payment form, which is essentially equivalent to a salary, and we have a reform fee-for-service model. We are using all three systems. We are testing all three of them to determine which one works.

What we have found is that no one system works for everybody, that what patients want and what the doctors want varies from area to area. We must examine them to determine if we can work within three or four models. In fact, that is exactly what the Council of the Ontario Medical Association will contemplate on November 10 when it examines various payment models to determine whether they make sense for the physicians of Ontario.

**Senator Keon:** Jeff, you were, more than anybody else, successful in getting the \$1 billion out of the federal government for changing technology. I recall talking to you when that was coming up.

I am of the impression that if we are to have real change, we must have some real money behind it. I go back to the change that occurred in the 1960s when the health resources money came on stream and medical schools and medical centres such as McMaster got built at tremendous cost. When you think of it, \$100 million in 1965 dollars was a huge amount of money.

**Le sénateur Keon:** C'est un plan pour d'autres modes de paiement. Pourriez-vous nous dire ce que vous pensez de l'idée de mettre à salaire les médecins de famille dans une région, d'une façon qui correspondrait aux ressources communautaires dont dispose la région, les cliniques communautaires, les soins primaires et ainsi de suite, pour qu'ils puissent faire partie de ces équipes? Peut-on faire cela sans qu'il y ait régionalisation?

**Le Dr Sky:** Permettez-moi d'abord de dire qu'en plus d'être président de l'Association médicale de l'Ontario, je suis membre du conseil d'administration de l'Association médicale canadienne et que je m'adresse souvent à mes collègues partout au Canada. Leur impression, c'est que la régionalisation est une catastrophe partout où elle a été adoptée. C'est un système qui permet au gouvernement de transférer les responsabilités des lacunes du système et qui tend à cultiver uniquement les bons éléments du système. Je ne suis pas convaincu que la régionalisation soit nécessaire à notre système, tel que nous l'avons en ce moment.

Pour ce qui est de la réforme des soins primaires, quel que soit le terme employé pour désigner la chose — en Ontario, on appelle cela l'Ontario Family Health Network — permettez-moi de dire, pour répondre d'abord à la question du sénateur Morin, que l'utilité n'en est pas démontrée. C'est pourquoi nous avons insisté pour qu'il y ait une évaluation constante du système. Nous avons eu droit au premier rapport à ce sujet en Ontario. C'est un processus itératif. Nous modifions sans cesse le modèle pour régler les problèmes que nous repérons.

Quant au modèle de rémunération lui-même, pour ce qui est de la réforme des soins primaires, nous employons deux ou trois modèles différents sur les lieux de nos projets pilotes. C'est une forme conjuguée que nous employons. Nous utilisons une forme de rechange pour ce qui est de la rémunération, essentiellement l'équivalent d'un salaire, et nous employons un modèle réformé de rémunération à l'acte. Nous employons les trois systèmes. Nous les mettons tous les trois à l'essai pour déterminer lequel fonctionne.

Nous avons conclu qu'aucun système ne convient à tout le monde, que les besoins des patients et des médecins varient d'une région à l'autre. Nous devons les examiner afin de déterminer si nous pouvons fonctionner avec trois ou quatre modèles. De fait, c'est exactement ce que le conseil de l'Association médicale de l'Ontario envisagera le 10 novembre, lorsqu'il examinera les divers modèles de paiement pour déterminer lesquels sont intéressants pour les médecins de l'Ontario.

**Le sénateur Keon:** Jeff, vous avez réussi, mieux que quiconque, à soutirer le milliard de dollars du gouvernement fédéral pour la modernisation des technologies. Je me souviens de vous avoir parlé à l'époque où cela était imminent.

J'ai l'impression que, pour obtenir de vrais changements, nous devons investir des sommes conséquentes. Je pense aux changements qui ont eu lieu dans les années 60, quand les fonds pour la santé ont été débloqués, et que les écoles de médecine et les centres médicaux, comme McMaster, ont été bâtis à prix fort. Quand on y pense, 100 millions de dollars constituaient une somme énorme en 1965.



What do you think of advocating to the federal government — with the same federal-provincial understandings that it had for the health resources money so that provinces can cope with what comes after — that it provide a huge block of funding for change to permit the system to adapt to the times we are in, instead of having everybody limp along from day to day just trying to cope with what they have?

**Mr. Lozon:** Senator, I use a quote from time to time by Senator Dirksen, who said, "A billion here and a billion there — pretty soon you are starting to talk about real money."

In one of my volunteer capacities, I am President of the Association of Canadian Academic Health Care Organizations, which is the national organization representing teaching hospitals and teaching regions across the country. I ask the committee to consider whether these organizations and the medical schools with which they are affiliated should not be seen as national resources.

People who train at the University of Toronto or the University of Saskatchewan end up practising everywhere in this country, and there has been an enormous commitment by the federal government to the innovation of research agenda through the Canada Research Chairs, the Canadian Foundation for Innovation and the Canadian Institutes of Health Research. That is taxing the resources of teaching organizations and faculties of medicine.

I was reading carefully through your expanded federal role to see whether the committee would consider moving these organizations into more of a national role because, in fact, the activity that we perform, not our service activity, but our education and research activity, really does embrace Canada from coast to coast.

**Senator Robertson:** Mr. Lozon, it is refreshing to have an ex-senior civil servant speak honestly about the system.

I want to talk for a minute about the independent non-profit boards throughout the system. There have been various references to something like that over the years.

My concern, sir, is that someone has to appoint members to these boards — and never underestimate the ability of politicians to get certain people on boards. Understandably, the public is always suspicious of board appointments by the government of the day, sometimes with good cause and sometimes not with good cause.

If we could figure out a way of having a totally independent, non-profit board, that would be a major step forward. I am suspicious that it would take the good, Lord himself coming down to earth and picking appropriate people to do so without interference by politicians. What keeps running through my mind is how would we get those people there. I believe, regardless of what this board did, that people would say, "Well, that board was appointed by so and so, and they are at fault and out they go," which is often very reasonable.

Que pensez-vous de l'idée consistant à proposer au gouvernement fédéral — avec les mêmes arrangements fédéraux-provinciaux que pour les ressources en matière de santé, de façon à ce que les provinces puissent composer avec les répercussions — de créer un énorme budget global visant à permettre au système de se moderniser, au lieu de laisser tout le monde composer, tant bien que mal, avec le peu de ressources dont on dispose?

**M. Lozon:** Sénateur, je reprends de temps à autre les propos du sénateur Dirksen, qui disait: «Un milliard ici et un milliard là — ça commence à faire beaucoup d'argent».

Parmi les fonctions que j'exerce bénévolement, je suis président de l'Association canadienne des institutions de santé universitaires, organisme national qui représente les régions et les hôpitaux universitaires de partout au pays. Je demande au Comité de déterminer si ces organismes et les écoles de médecine auxquelles ils sont affiliés ne devraient pas être considérés comme des ressources nationales.

Les personnes formées à l'Université de Toronto ou à l'Université de la Saskatchewan finissent par pratiquer partout au pays, et le gouvernement fédéral a pris un engagement énorme au chapitre de l'innovation en recherche, par l'entremise des chaires de recherche du Canada, de la Fondation canadienne pour l'innovation et des Instituts de recherche en santé du Canada. Cela mine les ressources des organisations d'enseignement et des facultés de médecine.

J'ai lu soigneusement votre document sur une participation fédérale accrue afin de déterminer si le comité envisagerait la possibilité d'attribuer un rôle plus national à ces organismes, car, de fait, leurs activités, non pas au chapitre de la prestation de services, mais bien de l'enseignement et de la recherche, servent réellement l'ensemble du Canada, d'un océan à l'autre.

**Le sénateur Robertson:** Monsieur Lozon, il est rafraîchissant de voir un ex-cadre supérieur de la fonction publique parler du système avec franchise.

J'aimerais prendre une minute pour parler des conseils autonomes sans but lucratif dans tout le système. On a entendu diverses références à une telle notion au fil des ans.

Ma préoccupation, monsieur, c'est que quelqu'un doit nommer les membres de ces conseils — et il ne faut jamais sous-estimer la capacité des politiciens de faire nommer certaines personnes à un conseil. Tout naturellement, le public se méfie toujours des nominations à un conseil par le gouvernement au pouvoir, parfois avec raison.

Si nous pouvions trouver un moyen de créer un conseil sans but lucratif totalement autonome, ce serait un important pas en avant. Je crains que seul le Bon Dieu pourrait venir sur Terre et choisir les bonnes personnes sans subir l'influence des politiciens. Je n'arrive pas à me défaire de l'idée selon laquelle tout conseil, peu importe ce qu'il fait, finirait par se buter à des commentaires comme «eh bien, ce conseil a été constitué par un tel, est fautif, et doit être remplacé», ce qui est souvent très raisonnable.

Have you thought that through? How you would get an independent board?

**Mr. Lozon:** Senator, I want to make an observation before I comment on your question.

I have enormous and deep respect for the people who are elected and who end up in the positions running our health care system. The colleagues with whom I worked in the Ministry of Health and Long-Term Care were extraordinarily talented, very hard-working and committed. Like most things in life, things do not fail to work because there is human error; they fail to work because we have created a system that does not work.

I have thought a little about the notion of independence and how to achieve independence. One suggestion would be to have the board appointed by an all-party committee of the legislature. I am not sure anyone would ever go for that. We are talking in abstract and theoretical terms, of course. That would be one notion.

I would have to leave that to people who are more knowledgeable about public policy direction. I am more familiar with the health care circumstance. Big change is required, which is tough to make. It takes a long time to work issues through, and we do not have the structures and the processes that allow those things to happen.

**Senator Robertson:** I agree with you totally in your observations.

**Dr. Sky:** Senator, we have been suggesting for a long time, at the Ontario Medical Association, that there be an examination of other systems around the world, in particular, those of the OECD countries. We do not believe that all the answers to health care are found here in Canada. There is no one perfect system. There must be consideration of all the others to try to tease out the best parts from each.

If you were to subscribe to Mr. Lozon's theory that what we need is an overseeing matter, I would recommend that you look at the French system. In France the people who run the health care system are at arm's length from the politicians. They still have to report to the politicians, and the politicians still set the policy. There is a way to do that. It is difficult to compare our countries because we are a confederation and France is a single country that is run differently. By examining different models around the world, we can come up with ideas that would be appropriate for Canada in the 21st century.

**Senator Robertson:** Thank you for that. As you probably know, the committee has held video-conferenced meetings with a number of countries to discuss their health systems. Perhaps we should determine if something there might help us with the independent development. However, I am still a little suspicious.

Let me move on. I shall not be too long.

Y avez-vous réfléchi en profondeur? Comment établiriez-vous un conseil indépendant?

**M. Lozon:** Sénateur, j'aimerais formuler un commentaire avant de répondre à votre question.

Je voue un respect sans bornes aux personnes qui sont élues et qui sont chargées de diriger notre système de soins de santé. Les collègues avec lesquels j'ai travaillé au ministère de la Santé et des Soins de longue durée étaient extraordinairement compétents, très travailleurs et déterminés. Comme la plupart des choses dans la vie, les échecs découlent non pas de l'erreur humaine; ils se produisent parce que nous avons créé un système qui ne fonctionne pas.

J'ai réfléchi un peu à la notion d'autonomie et aux façons de l'obtenir. Une solution pourrait consister à faire constituer le conseil par un comité composé de députés de tous les partis. Je ne suis pas certain qu'une telle idée serait retenue par quiconque. Nous ne formulons que des hypothèses et des théories, bien sûr. Ce serait une possibilité.

Je laisserais ce genre de chose aux gens qui connaissent mieux l'orientation des politiques gouvernementales. Mes connaissances touchent davantage le milieu des soins de santé. Il faut apporter de grands changements, ce qui est difficile à faire. Il faut mettre beaucoup de temps pour résoudre les problèmes, et nous ne sommes pas dotés des structures et des processus nécessaires pour le faire.

**Le sénateur Robertson:** Je suis tout à fait d'accord avec vous.

**Le Dr Sky:** Sénateur, l'Association médicale de l'Ontario suggère depuis longtemps qu'on procède à l'examen des autres systèmes dans le monde, en particulier ceux des pays de l'OCDE. Nous ne croyons pas que les solutions en matière de soins de santé peuvent toutes être trouvées au Canada. Il n'y a pas de système parfait. Il faut examiner tous les autres systèmes et tenter de tirer le meilleur de chacun.

Si vous souscrivez à la théorie de M. Lozon selon laquelle nous avons besoin de conseils de supervision, je vous suggère de vous pencher sur le système français. En France, les gens qui dirigent le système de soins de santé sont indépendants des politiciens. Ils doivent encore rendre compte aux politiciens, et les politiciens continuent d'établir des politiques. Il y a moyen de faire cela. Il est difficile de comparer nos pays, car le nôtre est une confédération, et la France est une république, où les choses fonctionnent différemment. En examinant les divers modèles qui existent partout dans le monde, nous pouvons trouver des idées qui conviendraient au Canada du XXI<sup>e</sup> siècle.

**Le sénateur Robertson:** Merci. Comme vous le savez probablement, le Comité a tenu des vidéoconférences avec un certain nombre de pays afin d'en savoir davantage sur leurs systèmes de santé respectifs. Nous devrions peut-être déterminer si certains éléments des systèmes étrangers pourraient nous aider avec la notion de conseil indépendant. Toutefois, j'ai encore un petit doute.

Laissez-moi passer à autre chose, ce ne sera pas trop long.



Dr. Sky, on page 1 of your presentation, down toward the bottom of the page, you say:

There are many issues that are important to this discussion. Chief among them is the current physician human resources crisis — and the growing evidence that physician shortages will become even more severe in the near future.

We had a witness this morning, Dr. Rachlis, who does not believe we need more medically trained people and that there is a misuse of those that we have. I do not know whether he is right or wrong or half right. There is a complaint, or a feeling among the medical communities that physicians do not use or encourage the use of other medically trained professionals or paraprofessionals. We have had that reference from time to time. I would like to know how you feel.

Before I ask you to reply, I noted, on page 3, there were three specific aspects to your presentation: the role of the provincial government, the role of the federal government, the role of physicians and, ultimately, the doctor-patient relationship.

I am surprised that what was not added there was the role of 256 physicians with other health providers, the interdisciplinary practices that we have heard so much about that gets the best juice from all the medical professionals or paraprofessionals that we have in the system. Would you comment, please?

**Dr. Sky:** There seems to be two issues involved there, Senator. The first is the physician shortage itself, whether it is real or imagined, and the second is the issue of other providers in association with physicians. I did allude to the nurse practitioner issue.

Let me deal with the issue of physician shortages. In 1999 Professor McKendry issued a report in Ontario that showed that there was a minimum shortage of 1,000 doctors. The next year Professor George followed that up and said, "No, he was wrong, he is short by about 250 to 300." We now have the government of Ontario agreeing that we have a shortage of at least 1,300 doctors in this province. I would challenge Dr. Rachlis to go to any of the 109 communities across Ontario that are designated as being short of physicians and tell them that they have enough doctors.

That issue has been laid to rest by enough scientific debate that it should not be an issue.

On the issue of physician extenders, nurse practitioners in particular, we have set up a committee. At this point it has not reported on how we will use physician extenders.

From our point of view, the main issue is that there should not be multiple points of entry into the health care system. We consider nurse practitioners as part of a team, working with physicians to see as many patients as possible, but under the supervision of a physician. Most patients in Ontario — by survey,

Docteur Sky, à la page 1 de votre mémoire, vers le bas de la page, vous dites ce qui suit:

Parmi les nombreux enjeux importants dans cette discussion, il faut surtout envisager la pénurie actuelle de médecins et tenir compte des preuves croissantes selon lesquelles ces pénuries de médecins s'aggraveront dans un avenir rapproché.

L'un des témoins que nous avons entendus ce matin, Dr. Rachlis, ne croit pas que nous avons besoin de personnel médical supplémentaire, et il estime que nous utilisons mal le personnel dont nous disposons. Je ne sais pas s'il a raison, tort ou à moitié raison. Les milieux médicaux se plaignent que les médecins n'utilisent pas ou n'encouragent pas le recours à d'autres professionnels ou paraprofessionnels de la santé. Cette question est soulevée de temps à autre, j'aimerais savoir ce que vous en pensez.

Avant de vous inviter à répondre, j'aimerais soulever un dernier point. J'ai remarqué qu'à la page 3 de votre mémoire, vous énoncez les quatre aspects spécifiques de votre exposé: le rôle du gouvernement provincial, le rôle du gouvernement fédéral, le rôle du médecin et, enfin, la relation médecin-patient.

Je suis surprise de constater que vous ne faites aucunement référence au rôle des 256 médecins et des autres fournisseurs de soins de santé, des pratiques interdisciplinaires dont nous avons tellement entendu parler, et qui tirent le meilleur profit possible de tous les professionnels ou paraprofessionnels médicaux dans le système. Pourriez-vous commenter, s'il vous plaît?

**Le Dr Sky:** Il semble y avoir deux enjeux ici, sénateur. Le premier tient à la pénurie de médecins, qu'elle soit réelle ou imaginaire, et le deuxième concerne les autres fournisseurs de soins qui collaborent avec les médecins. J'ai déjà mentionné la question des infirmières praticiennes.

Laissez-moi d'abord commencer par la question de la pénurie de médecins. En 1999, M. McKendry a déposé un rapport selon lequel il manquait au moins 1 000 médecins en Ontario. L'année suivante, M. George a mené sa propre étude et a conclu que «non, il avait tort, la pénurie n'est que d'environ 250 à 300 médecins». À l'heure actuelle, le gouvernement ontarien convient qu'il y a une pénurie d'au moins 1 300 médecins dans la province. Je mets Dr. Rachlis au défi d'aller dans une des 109 collectivités considérées comme étant en pénurie de médecins, et de leur dire qu'ils ont suffisamment de médecins.

La pénurie a été confirmée par un débat scientifique étendu, et il n'y a pas lieu de la remettre en question.

Pour ce qui est de la question du personnel paramédical, en particulier les infirmières praticiennes, nous avons établi un comité. Pour l'instant, le comité n'a pas encore déterminé comment nous utiliserons ce personnel.

A notre avis, le principal enjeu tient au fait qu'il ne devrait pas y avoir plusieurs points d'accès au système de soins de santé. Nous considérons les infirmières praticiennes comme les membres d'une équipe, travaillant avec les médecins pour voir le plus grand nombre possible de patients, mais sous la supervision d'un

over 90 per cent — wish to see a family practitioner first. We think that need has to be met.

The issue then turns on how to fund nurse practitioners. At the moment, those we have are being funded to a great degree by direct contract with the government, or out of the doctor's resources. Neither of those are very good ways of funding them, and we must consider better ways.

**Senator Robertson:** Thank you for that. I appreciate your comment on the need for more physicians, especially since you come from a small province, like some of us. My constituents have advised me that they drive 60 kilometres these days to get a family physician. The system is breaking down.

I have a quick observation that applies, Dr. Sky, to what we have been talking about.

Mr. O'Connor, I like health centres. They are good, in my humble opinion. Of course, I say that from the perspective of one who comes from a small province. I think it was you who said that, on prevention, we have to work with the environment, housing and all the factors that impact poverty, and these areas all must work together.

That discourages me somewhat, sir. One problem is that we have silos in the system and nobody speaks to anyone else. We have vertical funding from the Department of Health, up and down, and nobody can see into the other person's silo. This is a wasteful process. I believe that horizontal movement of funding for a particular block of citizens would be better used, but if we cannot get the silos torn down in the health system, how will we get the larger silos torn down for departmental co-operation? I appreciate your comment, but I would like to see the silos first torn down in the health system.

**Mr. O'Connor:** I will give you a couple of examples. From a community perspective, silos tear down quite easily.

In the South Riverdale Community Health Centre in Toronto, a number of years ago, physicians encountered a high incidence of lead poisoning in their patients. Had this happened in solo practices, physicians would have treated lead poisoning and continued to treat lead poisoning. In this case, the venue was a community organization, which had community outreach workers and a board. The physicians reported the incidence. The outreach workers searched for reasons. The organization lobbied the government to examine sources of pollution in that community. There was a battery factory, which ended up closing down and moving on. The soil is being remediated in the community.

In Windsor, the fire department noticed a great incidence of fire deaths and arsons in the community. It worked with the Sandwich Community Health Centre, which is in a low-income community without much fire prevention or suppression equipment in the

médecin. La plupart des patients en Ontario — d'après un sondage, plus de 90 p. 100 — préfèrent d'abord consulter un médecin de famille. Nous croyons qu'il faut répondre à ce besoin.

Ensuite, il faut se pencher sur les moyens de financer les infirmières praticiennes. À l'heure actuelle, celles dont nous disposons sont financées, dans une large mesure, au moyen d'un contrat direct avec le gouvernement, ou à même les ressources des médecins. Ces deux méthodes ne sont pas de bons moyens de financement, et nous devons en envisager de meilleurs.

**Le sénateur Robertson:** Merci. J'apprécie votre commentaire sur le besoin d'accroître le nombre de médecins, d'autant plus que vous provenez d'une petite province, comme certains d'entre nous. Mes électeurs m'ont affirmé qu'à l'heure actuelle, ils doivent parcourir 60 kilomètres pour se trouver un médecin de famille. Le système s'effondre.

J'aimerais soulever rapidement un point qui s'applique, docteur Sky, à ce dont nous parlons.

Monsieur O'Connor, j'aime les centres de soins de santé. À mon humble avis, ils sont bons. Bien sûr, je dis cela à titre de personne provenant d'une petite province. Je crois que c'est vous qui avez déclaré, au sujet de la prévention, qu'il fallait se préoccuper du milieu, du logement et de tous les facteurs qui influent sur la pauvreté, et que tous ces domaines doivent converger.

Cela me décourage un peu, monsieur. Notre problème, c'est que le système est cloisonné et que les intervenants ne communiquent pas entre eux. Nous recevons un financement «vertical» du ministère de la Santé, de haut en bas, et personne ne peut voir ce que l'autre fait. Ce processus mène au gaspillage. Je crois qu'un mouvement horizontal des fonds pour un groupe de citoyens donné serait avantageux, mais si nous n'arrivons pas à faire tomber les cloisons dans le système de soins de santé, comment arriverons-nous à faire tomber les cloisons afin de favoriser une coopération ministérielle? Je comprends votre commentaire, mais j'aimerais qu'on commence d'abord par éliminer le cloisonnement dans le système de soins de santé.

**M. O'Connor:** Je vous donne quelques exemples. En milieu communautaire, les cloisons tombent assez facilement.

Il y a quelques années, au Centre de santé communautaire de South Riverdale, à Toronto, les médecins ont constaté une forte incidence de saturnisme chez leurs patients. Si cela c'était produit dans une clinique, les médecins auraient traité le saturnisme et auraient continué de le traiter. Dans le cas qui nous occupe, il s'agissait d'un organisme communautaire doté de travailleurs d'approche communautaires et d'un conseil. Les médecins ont signalé le phénomène. Les travailleurs d'approche ont cherché des causes. L'organisme a exercé des pressions afin que le gouvernement examine les sources de pollution dans la localité. On y a trouvé une usine de piles, qui a fini par fermer ses portes et à s'établir ailleurs. On s'affaire actuellement à restaurer le sol dans cette localité.

A Windsor, le service de prévention des incendies avait remarqué une forte occurrence de décès par le feu et d'incendies criminels dans la localité. Le service de prévention des incendies a travaillé avec le Centre de santé communautaire de Sandwich.



homes. They got donations of fire extinguishers and fire detection equipment and put that into the homes. Now there is the lowest incidence of fire deaths in that region, and the fire department credits the community health centre with solving the problem.

There are ways, when you take an integrated approach to care that is more than just the provision of episodic care, to create more wellness, to help the whole community become well.

**Senator Robertson:** Thank you. I appreciate that. I can give you lots of examples of this in small communities as well.

Chair, we have heard many of the witnesses over the last weeks speak about these silos, where people almost work against each other.

**The Chairman:** Senators, we have one last panel before we adjourn.

I will begin with Mr. Jeff Wilbee, who is the Executive Director of the Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and the Addiction Intervention Association.

**Mr. Jeff Wilbee, Executive Director, Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario and Addiction Intervention Association:** Mr. Chairman, I would like to express our appreciation to you and the committee for the opportunity to address you today.

Given the limited time for our presentation, I will primarily confine my remarks to Chapter 12 of the "Issues and Options" report, on the population health role, but first, I have just a few comments on the other roles.

On finance, it seems to me, as a citizen of this country, that the most difficult challenge before us is the type of funding mechanisms we develop.

We suggest that a continuing combination of public and private funding must be given in-depth consideration. However, in doing so, full provision for those at the lower strata of the social and economic scale — many of whom are present at our clinic doors — must be ensured.

Another point we strongly wish to make on this role is that the government must maintain, in our view, its current ban on advertising of prescription drugs.

Under research and evaluation, we strongly support enhanced resources for research. However, a large portion of that research should have input and involvement by front line health workers.

Not only should research knowledge be disseminated, there should be greater emphasis and resource allocation to education and training, particularly for health care providers. Health care is about equipment and systems, but it is primarily about people assisting people. The higher the knowledge and skills of both the

situé dans une localité à faible revenu où l'on trouve peu de matériel de prévention et de lutte contre les incendies dans les maisons. Ils ont reçu des dons d'extincteurs d'incendie et de matériel de détection d'incendie, et les ont installés dans les maisons. Maintenant, cette localité affiche le plus faible taux de décès par le feu dans la région, et le service de prévention des incendies attribue la résolution du problème aux efforts du centre de santé communautaire.

Lorsqu'on adopte une approche intégrée qui va au-delà de la simple prestation de services ponctuels, on peut favoriser le bien-être et aider l'ensemble de la collectivité à se sentir bien.

**Le sénateur Robertson:** Merci. Je peux vous donner de nombreux exemples de ce genre de petites collectivités.

Monsieur le président, au cours des dernières semaines, nous avons entendu de nombreux témoins parler de ce cloisonnement, où les gens travaillent presque l'un contre l'autre.

**Le président:** Honorables sénateurs, il ne nous reste plus qu'un seul groupe de témoins avant de lever la séance.

Nous commencerons avec M. Jeff Wilbee, directeur exécutif de l'Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des toxicomanes.

**M. Jeff Wilbee, directeur exécutif, Association ontarienne des services de rétablissement en toxicomanie et Association d'intervention auprès des toxicomanes:** Monsieur le président, je tiens à remercier le Comité et vous-même de l'occasion qui nous est offerte de témoigner aujourd'hui.

Compte tenu du court délai qui nous est consenti pour notre exposé, je m'en tiendrai surtout au chapitre 12 du rapport, «Enjeux et options», qui porte sur le rôle au chapitre de la santé de la population, mais, tout d'abord, je formulerai quelques commentaires sur les autres rôles.

Sur la question des finances, j'ai l'impression qu'à titre de citoyen de notre pays, le plus gros défi que nous ayons à relever est lié au type de mécanismes de financement que nous élaborons.

Nous soutenons qu'il faut examiner en profondeur la possibilité de combiner en permanence le financement public et le financement privé. Toutefois, ce faisant, il faut fournir la gamme complète des services aux personnes qui appartiennent aux strates socio-économiques inférieures, nombre desquelles se présentent aux portes de nos cliniques.

Un autre point sur lequel nous insistons à cet égard tient au fait que le gouvernement doit, à notre avis, maintenir son interdiction relative à la publicité sur les médicaments d'ordonnance.

En ce qui concerne la recherche et l'évaluation, nous appuyons fortement l'affectation de ressources supplémentaires à la recherche. Toutefois, une part importante de cette recherche devrait miser sur les commentaires et la participation des travailleurs de première ligne du secteur de la santé.

Il faut non seulement diffuser les connaissances découlant de la recherche, mais aussi faire porter un accent plus marqué sur l'éducation et la formation, en particulier pour les fournisseurs de soins de santé, et y affecter des ressources. Les soins de santé sont dispensés au moyen d'équipements et de systèmes, mais il s'agit

practitioner and the patient, we suggest, the higher is the effectiveness of all of our efforts.

On infrastructure, we fully support the objectives of evidence-based decision making and accountability in the system. That can be done, in part, through technology and information systems. Accountability should not just be about costs and administrative efficiencies; it should focus on clinical outcomes. Greater integration of information systems should produce better outcomes, both clinically and administratively. For example, many times the addiction treatment system is in a silo and is not seen as a core service.

Under the service delivery role for Aboriginal health, the report states that programs leading to healthier outcomes are those based on significant input from the members of the involved community. We applaud that statement. We also think it is a principle that should apply right across every community in this great land.

Our major contribution to this discussion is that a larger percentage of our attention and resources must be focussed on health promotion, early intervention and population health measures.

Our client population, substance abusers, costs our health system an enormous amount of time, human resources and dollars. It burdens the health system in a direct way through traumas such as impaired driving, falls, acts of violence, and infectious diseases like AIDS and hepatitis.

Substance abuse is also a contributing factor to other more primary diagnoses, such as kidney and liver ailments, and certainly it does not assist in recovery from cancer and heart pathology. Although I have not referenced this, it might be of interest that a particular study estimated that 20 per cent or 30 per cent of general hospital beds are occupied by people with alcohol and drug related problems, and 80 per cent of those patients, according to this report, are not identified as such.

Also of major concern is usage among our youth. Recent, 2001 research on substance abuse among Manitoba high school students reported that the average age of first use of alcohol is a shocking 13.3 years of age. By the fourth year of high school, 33 per cent use alcohol once a week or more. In the survey, 17.8 per cent of the students stated that one of the problems faced as a result of this usage is unwanted pregnancy.

Another concern we have recognized in Ontario is the havoc caused by inebriates arriving at our already overburdened hospital emergency departments, and we are already exploring strategies to divert this client group into other more appropriate interventions.

d'abord et avant tout de personnes qui aident d'autres personnes. Plus le praticien possédera de connaissances et de compétences, et plus le patient sera informé, plus nos efforts seront efficaces.

En ce qui a trait à l'infrastructure, nous appuyons pleinement les objectifs relatifs à la prise de décisions éclairées et à la reddition de comptes. Ces objectifs peuvent être réalisés, en partie, au moyen de technologies et de systèmes d'information. La reddition de comptes devrait concerner non seulement les coûts et les économies administratives, mais aussi mettre l'accent sur les résultats cliniques. Une intégration accrue des systèmes d'information devrait produire de meilleurs résultats, au chapitre tant clinique qu'administratif. Par exemple, on considère souvent que le système de traitement de la toxicomanie est cloisonné et n'est pas perçu comme un service essentiel.

En ce qui concerne le rôle au chapitre de la prestation de services de santé aux Autochtones, les auteurs du rapport affirment que les programmes permettant d'obtenir de meilleurs résultats de santé sont ceux qui misent sur une participation considérable des membres de la collectivité concernée. Nous applaudissons cette déclaration. Nous croyons aussi qu'il s'agit d'un principe qui devrait s'appliquer à toutes les collectivités de notre grand pays.

Notre principale contribution au débat est notre déclaration selon laquelle une part plus grande de notre attention et de nos ressources doit s'attacher aux mesures de promotion de la santé, d'intervention précoce et de santé de la population.

Nos clients, les toxicomanes, coûtent énormément de temps, de ressources humaines et de dollars à notre système de soins de santé. Ils imposent un fardeau direct sur le système, au moyen de traumas, comme la conduite en état d'ébriété, les chutes, les actes de violence, et les maladies infectieuses, comme le sida et l'hépatite.

La toxicomanie contribue aussi à d'autres diagnostics primaires, comme les maladies touchant les reins et le foie, et il est certain qu'elle ne favorise pas la guérison d'un cancer ou d'une maladie cardiaque. Même si notre mémoire n'en fait pas mention, vous serez peut-être intéressé par une étude selon laquelle de 20 p. 100 à 30 p. 100 des lits des centres hospitaliers sont occupés par des personnes aux prises avec un problème d'alcoolisme ou de toxicomanie, et 80 p. 100 de ces patients ne sont pas, selon le rapport de l'étude, identifiés comme tels.

Nous sommes aussi grandement préoccupés par la consommation chez nos jeunes. Une étude récente, menée en 2001 auprès d'étudiants manitobains de niveau secondaire, révèle que l'âge moyen de la première consommation d'alcool est de 13,3 ans, ce qui est bouleversant. Dès la quatrième année au secondaire, 33 p. 100 des jeunes consomment de l'alcool au moins une fois par semaine. Dans le cadre de l'enquête, 17,8 p. 100 des étudiants ont déclaré que l'un des problèmes découlant de cette consommation est une grossesse non désirée.

Une autre question qui nous préoccupe en Ontario tient aux perturbations causées par les personnes en état d'ébriété qui arrivent dans nos salles d'urgence déjà surchargées, et nous avons déjà commencé à envisager des stratégies visant à aiguiller ce groupe de clients vers des interventions plus appropriées.



We contend that these costs to the health care system can be radically reduced by implementing appropriate strategies. An Ontario Auditor General's report stated that there is a \$6.00 return for every \$1.00 invested in addiction treatment. This estimate is considered conservative. Other reports indicate even higher returns. Therefore, we recommend that substance abuse awareness and treatment be integrated into the mainstream system and that it be adequately funded, which, at the moment, it is not.

As your report indicates, our health care system's contribution to keeping people healthy may only be 25 per cent. It makes eminent sense to concentrate on the other 75 per cent. To this end, Canada should show world leadership, through a health commissioner, in measuring and improving our population health status.

How do we do that? Experience has shown that just disseminating information may not go far enough. In the addiction field, many millions of dollars have been spent on warning people about the dangers of tobacco and drug use, only to find that we are back to the late 1970s usage rates among youth when it comes to drugs.

We must concentrate on the quality of our programs and our practitioners. For example, the Addiction Intervention Association, which markets a certification process for addiction treatment professionals, is about to implement a certification process for prevention specialists.

In closing, the one word that we want to emphasize is "accountability." We must ensure that in spending our limited resources we are achieving the optimal results. We believe that, in general, the suggestions in the report are heading in the right direction. However, we would caution that while we are changing larger sectors of the system we should not overlook the contribution of less visible sectors such as addiction.

We thank you for involving us in this dialogue.

**Mr. Denis Morrice, President and CEO, The Arthritis Society:** Thank you very much for this opportunity. As citizens, I thank you for all the personal time you have put into this. You are absorbing a large amount of material.

In the report, we examine fairness as really being the issue. Certainly, it is the issue for people with arthritis because, clearly, it is just not fair.

I am speaking on behalf of people with arthritis and my colleague will speak on cancer. My father, brother, mother and older sister all died of cancer and my younger sister has just finished chemo and is starting radiation, yet I am here to speak on arthritis. I cannot help thinking it is time for researchers to stop

Nous avançons que ces coûts imposés au système de soins de santé peuvent être réduits de façon importante grâce à l'adoption de stratégies appropriées. Un rapport du vérificateur général de l'Ontario faisait état d'un rendement de 6 \$ pour chaque dollar investi dans le traitement de la toxicomanie. Cette estimation est considérée comme prudente. D'autres rapports indiquent une rentabilité encore plus élevée. Par conséquent, nous recommandons que le traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme et la sensibilisation à ces problèmes soient intégrés au système régulier et jouissent d'un financement adéquat, ce qui, pour l'instant, n'est pas le cas.

Comme votre rapport l'indique, la contribution de notre système de soins de santé au maintien de la santé des citoyens n'est peut-être que de 25 p. 100. Il est donc tout à fait sensé de s'attacher aux 75 p. 100 qui restent. À cette fin, le Canada devrait faire preuve de leadership mondial, par l'entremise d'un commissaire à la santé, et tenter de mesurer et d'améliorer l'état de santé de notre population.

Comment pouvons-nous faire cela? L'expérience montre que la simple diffusion d'information ne suffit pas. Dans le domaine des substances causant une accoutumance, on a dépensé des millions de dollars pour mettre en garde les citoyens contre les dangers du tabagisme et de la toxicomanie, pour constater que les taux de consommation de drogue chez les jeunes ont remonté aux niveaux enregistrés vers la fin des années 70.

Nous devons nous concentrer sur la qualité de nos programmes et de nos praticiens. Par exemple, l'Association d'intervention auprès des toxicomanes qui offre un processus d'accréditation pour les professionnels du traitement de la toxicomanie, est sur le point de lancer un processus d'accréditation pour les experts de la prévention.

Pour terminer, nous souhaitons insister sur la «reddition de comptes». Nous devons optimiser le rendement de nos ressources limitées. Nous croyons que, de façon générale, les suggestions contenues dans le rapport vont dans la bonne direction. Toutefois, nous tenons à signaler que même si nous changeons des secteurs plus larges du système de soins de santé, il ne faut pas oublier la contribution de secteurs moins visibles, comme celui du traitement de la toxicomanie.

Nous vous remercions de nous avoir laissé participer à ce dialogue.

**M. Denis Morrice, président et p.-d.g., La Société d'Arthrite:** Je vous remercie beaucoup de cette occasion de témoigner. Je vous remercie du rôle de citoyen que vous jouez en consacrant tout votre temps à cette question. Vous absorbez une quantité importante de données.

Après avoir pris connaissance du rapport, nous constatons que l'enjeu réel, c'est l'équité. C'est certainement le principal enjeu pour les personnes souffrant d'arthrite, car, manifestement, ce n'est tout simplement pas équitable.

Je parle au nom des personnes souffrant d'arthrite, et mon collègue parlera du cancer. Mon père, mon frère, ma mère et ma soeur aînée ont été emportés par le cancer, ma soeur cadette vient de terminer sa chimio et commence sa radiothérapie, et je me retrouve ici à parler d'arthrite. Je ne peux m'empêcher de croire

researching what they want to research and start researching what citizens want to have researched.

I thought Jeffrey Lozon's introduction was beautifully done.

Musculoskeletal arthritis conditions are number one in the nation in terms of doctor visits, and among diseases in terms of disability. Arthritis is the single largest cause of long-term disability, yet we never talk about it. Please just think about the magnitude of that.

We talk about arthritis in terms of aches and pains. Doctors tell arthritis patients, "It is aches and pains. We all get arthritis one day. Go home and live with it," without the appreciation that rheumatoid arthritis, lupus and some other forms are autoimmune diseases and should be treated very seriously.

Of the 4 million people who have arthritis, 2 million take medications every single day to relieve pain and inflammation. Right now in Canada, we are talking about 38,000 hip and knee replacements. Considering 9.8 million baby boomers started turning 50 just a few years ago, we can foresee what is to come.

I will just address a few points that were in your report.

I ask you to recognize arthritis in terms of its magnitude and the impact that it has on the health care system and on society.

In terms of research, those of us with disease want to get rid of the damned disease. We can only do that through research, and that is why we fully support the Canadian Institutes for Health Research, CIHR. It is not just a matter of doubling that budget. It has to be more than doubled because the mandate has been broadened so much. How many real dollars are there now available for the kind of research that was being done?

We are very fortunate in the area of arthritis to have the Institute of Musculoskeletal Health and Arthritis, which is one of 13 institutes. The nice thing about that was we were able to bring together dentists, osteoporosis people, orthopaedic surgeons, rheumatologists and skin people to, finally, begin to truly break down those silos. We made them come together.

On network centres of excellence, we are very fortunate to have the first disease-specific network centres of excellence, the Canadian Arthritis Network. Attached to that is a consumer advisory board of citizens with arthritis who help to set that agenda. We know the system can work when you involve the citizens.

By interfacing with one another, researchers have come to appreciate who we are and to appreciate our problems, as we have come to appreciate the research that scientists are doing. They became the ambassadors. We feel that the silos can be broken down.

que le temps est venu pour les chercheurs de s'attacher non pas aux domaines qui les intéressent, mais bien aux domaines qui répondent aux besoins des citoyens.

L'introduction prononcée par Jeffrey Lozon m'a beaucoup plu.

Les problèmes musculo-squelettiques liés à l'arthrite occupent le premier rang parmi les causes de visite chez le médecin et les causes d'invalidité. L'arthrite est la plus grande cause d'invalidité à long terme, et on n'en parle jamais. Je vous invite à penser à l'importance de tout cela.

Nous parlons d'arthrite en nous attachant à la douleur. Les médecins disent à leurs patients souffrant d'arthrite: «Ce ne sont que des douleurs. Nous finissons tous par faire de l'arthrite un jour. Retournez chez vous et apprenez à vivre avec». Ils ne tiennent pas compte du fait que l'arthrite rhumatoïde, le lupus et d'autres formes de la maladie sont des maladies auto-immunes et devraient être traitées avec beaucoup de sérieux.

Sur quatre millions de personnes souffrant d'arthrite, deux millions prennent chaque journée des médicaments pour soulager la douleur et l'inflammation. À l'heure actuelle, au Canada, on parle d'environ 38 000 arthroplasties de la hanche ou du genou. Compte tenu du fait que 9,8 millions de baby-boomers ont franchi la cinquantaine au cours des dernières années, on peut imaginer ce qui se produira.

Je me pencherai seulement sur quelques points soulevés dans votre rapport.

Je vous demande de reconnaître l'importance et l'impact de l'arthrite sur le système de soins de santé et sur notre société.

Pour ce qui est de la recherche, ceux d'entre nous qui sont malades veulent seulement se débarrasser de la maudite maladie. Nous ne pouvons y arriver que par la recherche, et c'est pourquoi nous appuyons pleinement les Instituts de recherche en santé du Canada, les IRSC. Il ne s'agit pas seulement de doubler le budget. Il faut plus que doubler le budget, car le mandat s'est beaucoup élargi. Combien de dollars pouvons-nous actuellement affecter au type de recherche existant?

Dans le domaine de l'arthrite, nous sommes très chanceux d'avoir l'Institut de l'appareil locomoteur et de l'arthrite, l'un des 13 instituts. Grâce à cet institut, nous avons pu rassembler les dentistes, les experts de l'ostéoporose, les chirurgiens orthopédistes, les rhumatologues et les dermatologues, de façon à enfin éliminer le cloisonnement. Nous les avons rassemblés.

En ce qui concerne le Réseau de centres d'excellence, nous sommes choyés, car nous avons le premier réseau de centres d'excellence propre à une maladie, c'est-à-dire le Réseau canadien de l'arthrite. Un conseil consultatif, constitué de citoyens souffrant d'arthrite, contribue à l'élaboration de la stratégie du réseau. Nous savons que le système peut fonctionner lorsque les citoyens participent.

Grâce à cette coopération, les chercheurs en sont venus à nous connaître et à comprendre nos problèmes, et nous en sommes venus à apprécier le travail des chercheurs. Ils sont devenus les ambassadeurs. Nous croyons que le cloisonnement peut être éliminé.



I would like to touch on specialist training. We heard it in the last discussion about the shortage of doctors and so on. This is not calculus, this is arithmetic that we are talking about. We do not even have a rheumatologist, which is an arthritis specialist, in P.E.I. There is not one. In Kitchener there are three, but two will retire this year, which will leave one to treat people. There are 4 million people who have arthritis.

One of the things that we are considering, along with the nurse practitioners, is physiotherapist practitioners. I guess this comes back to the community care concept, where the answers really lie in the community. We are now talking about new biologics in terms of infusions and needles that have to be taken. The nurse practitioner is there. What about the physiotherapist practitioner? These are the kinds of things that we are considering and trying to introduce.

The Arthritis Society is a little not-for-profit organization. We fund clinical fellows and doctors who want to become specialists in rheumatology. We literally pay for half of that, and we match the Ministry of Health. We should not have to do that, but in fact, that is what we are doing because there is an unbelievable shortage.

In terms of drug approvals with which you have been dealing, I know you have heard many discussions on it with Therapeutic Products Directorate. Health Canada cannot handle all the new drugs and the biologics. Why are we not using our network centres of excellence? Why are we not using our institutes? Health Canada still plays a major role and has the final say, but let us take our brightest minds and people and put them to work. We are funding them anyway.

On provincial formularies, we all know it is nonsense. How can we have a drug fully approved in one province and the province right next door has a restricted listing and, in the province next to that, it is not even listed? We are all Canadians. This is just not fair.

People with arthritis really suffer in that respect. For the first time there are new medications that do not cause the same kinds of side effects. Better stuff has happened in the last couple of years than in the last hundred years. Side effects are the major issue. Non-steroidal anti-inflammatories cause side effects.

To get down to statistics, more people die from the side effects of arthritis medications than from AIDS in this country. Considering the magnitude and the numbers, something should happen here. That is why we support a national pharmacare program.

Another thing that we support and that has to be introduced, is not just post-marketing but also post-approval surveillance. We have enough medical schools. We have 16 medical schools in this country. Why not use them, with all the doctors that they have, to do the studies and reporting and have that kind of surveillance?

J'aimerais maintenant parler de la formation spécialisée. Le dernier témoin a fait référence à la pénurie de médecins et à d'autres questions. Ce n'est pas du calcul différentiel, c'est une simple question arithmétique. On ne trouve même pas un rhumatologue, soit un spécialiste de l'arthrite, à l'Île-du-Prince-Édouard. Pas un seul. À Kitchener, on en retrouve trois, mais deux d'entre eux prendront leur retraite cette année, de sorte qu'il n'en restera qu'un seul. Quatre millions de personnes souffrent d'arthrite.

Outre la question des infirmières praticiennes, nous envisageons aussi celle des physiothérapeutes praticiens. Je suppose que cela revient à la notion de soins communautaires, selon laquelle on trouvera les réponses dans la collectivité. Nous parlons maintenant de nouveaux produits biologiques à administrer, sous forme de perfusions et d'injections. L'infirmière praticienne est là. Qu'en est-il du physiothérapeute praticien? C'est ce genre de question que nous examinons et que nous tentons de soulever.

La Société d'arthrite est un modeste organisme sans but lucratif. Nous finançons les études de boursiers et de médecins qui souhaitent se spécialiser en rhumatologie. Nous payons la moitié de leurs études, et nous versons la même chose que le ministère de la Santé. Nous ne devrions pas avoir à faire cela, mais c'est ce que nous faisons, car il y a une pénurie incroyable.

Pour ce qui est de l'approbation de médicaments nouveaux, je sais que vous avez entendu de nombreux témoignages sur le sujet, de la part de la Direction des produits thérapeutiques. Santé Canada ne peut se charger de tous les nouveaux médicaments et produits biologiques. Pourquoi n'utilisons-nous pas notre Réseau de centre d'excellence? Pourquoi n'utilisons-nous pas nos instituts? Santé Canada joue encore un rôle important et a le dernier mot, mais il faut mettre à contribution nos plus grands penseurs, car, de toute façon, c'est nous qui les finançons.

Pour ce qui est des formulaires provinciaux, nous savons tous que cela n'a pas de sens. Comment un médicament peut-il être pleinement approuvé dans une province, figurer sur une liste restreinte dans la province voisine, et ne figurer sur aucune liste dans une troisième province? Nous sommes tous canadiens. Ce n'est tout simplement pas juste.

Cette situation affecte les personnes qui souffrent d'arthrite. Pour la première fois, il existe de nouveaux médicaments qui ne causent pas les mêmes types d'effets secondaires. Il s'est passé de meilleures choses au cours des deux dernières années qu'au cours du dernier siècle. La question des effets secondaires est importante. Les anti-inflammatoires non stéroïdiens ont des effets secondaires.

Saviez-vous que, dans notre pays, plus de gens succombent aux effets secondaires des médicaments pour l'arthrite qu'au sida? Compte tenu de l'importance des chiffres, il faudrait faire quelque chose. C'est pourquoi nous appuyons la création d'un programme national d'assurance-médicaments.

Une autre chose que nous appuyons et qui doit être créée est la surveillance non seulement post-commercialisation, mais aussi post-approbation. Nous avons suffisamment d'écoles de médecine. Nous avons 16 écoles de médecine au pays. Compte tenu de tous les médecins qu'elles contiennent, pourquoi ne pas les utiliser

We do not have it right now. We can debate for hours about clinical trials. Having surveillance is really the answer for all the people that I have talked to.

I will leave primary care reform because many other people addressed it well.

Citizens and patients must be involved to help set agendas. When doctors, scientists, researchers and patients get together, we come up with the proper kinds of solutions.

Concerning the Health Charities Council, certainly, we are trying to play our part. We run arthritis self-management programs. We have patient partners in 12 of the 16 medical schools, and so on. We have the peer review system. We have citizens involved. Use us to listen to the patients and we will all be better off.

**Dr. Barbara Whyllie, Director, Cancer Control Policy, Canadian Cancer Society:** Thank you very much indeed for allowing the Cancer Society to participate in these consultations.

I guess we are all going to quote statistics to you. Cancer is the leading cause of premature death among Canadians, and the statistics tell us that cancer will affect one in three Canadians in his or her lifetime. It is a major health risk for Canadians.

It is a growing health risk because cancer is largely a disease of the elderly. We project that the number of new cases each year will double over the next 15 or 20 years.

The Canadian Cancer Society is a volunteer-based organization. It has been around for over 50 years. We raise funds for cancer research. We give information to Canadians and people living with cancer about cancer and about its risk factors. We provide direct support services to people living with cancer, and we undertake public policy advocacy to support cancer control.

We are very much concerned about the increasing burden and the increasing challenge that cancer brings to our health care system, and as such, we are one of the key partners in an effort that has been going on for the last couple of years to develop a Canadian strategy for cancer control. That strategy development involved about 200 experts and consumers from all parts of the country to review our current knowledge in all aspects of cancer control. These individuals developed a set of 94 recommendations, which we will not table for your consideration, but these have been refined through a series of consultations into five action priorities.

The five action priorities are: development of standards; development of a research strategy; rebalancing the focus in our system to ensure attention to the less developed aspects of care; in particular, support of rehabilitative and palliative care; human resources planning, which is an issue in the cancer system as well as in the health care system at large; and attention to prevention.

pour mener des études, rendre des comptes et assurer une telle surveillance? Cela n'existe pas à l'heure actuelle. Nous pouvons débattre de la question des essais cliniques pendant des heures, mais, pour toutes les personnes auxquelles nous avons parlé, la solution réside dans la surveillance.

Je ne parlerai pas de la réforme des soins primaires, car de nombreux autres témoins ont bien traité de la question.

Les citoyens et les patients doivent participer à l'élaboration des stratégies. Lorsque les médecins, les chercheurs et les patients se réunissent, on trouve de bonnes solutions.

En ce qui concerne le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé, nous tentons certainement de faire notre part. Nous dirigeons des programmes d'initiative personnelle de l'arthrite. Nous avons des patients partenaires dans 12 des 16 écoles de médecine. Nous avons le système d'évaluation par les pairs. Nous faisons participer les citoyens. Utilisez-nous pour écouter les patients, et nous nous porterons tous mieux.

**La Dre. Barbara Whyllie, directrice, Politique de contrôle, Société canadienne du cancer:** Je vous remercie beaucoup d'avoir invité la Société du cancer à participer à ces consultations.

Je suppose que nous allons tous vous citer des statistiques. Le cancer est la principale cause de décès prématuré au Canada, et les statistiques nous disent qu'un Canadien sur trois sera touché par le cancer au cours de sa vie. Il s'agit d'un important risque pour la santé des Canadiens.

C'est d'ailleurs un risque croissant pour la santé, car le cancer est une maladie qui touche largement les aînés. Nous prévoyons que le nombre annuel de nouveaux cas doublera au cours des 15 à 20 prochaines années.

La Société canadienne du cancer est un organisme bénévole qui exerce ses activités depuis plus de 50 ans. Nous recueillons des fonds pour la recherche sur le cancer. Nous fournissons aux Canadiens et aux personnes atteintes du cancer de l'information sur le cancer et ses facteurs de risque. Nous dispensons des services de soutien directs aux personnes vivant avec le cancer, et nous faisons la promotion du soutien gouvernemental de la lutte contre le cancer.

Nous sommes très préoccupés par le fardeau croissant que le cancer impose à notre système de soins de santé et au défi croissant qu'il constitue, et, par conséquent, nous comptons parmi les partenaires clés d'une initiative, lancée il y a deux ans, pour élaborer une stratégie canadienne en matière de lutte contre le cancer. À cette fin, environ 200 experts et consommateurs de partout au pays ont examiné les connaissances actuelles dont nous disposons à l'égard de tous les aspects de la lutte contre le cancer. Ces personnes ont formulé 94 recommandations; nous ne vous les présenterons pas, mais nous les avons regroupées sous cinq grandes catégories de priorités à l'occasion d'une série de consultations.

Les cinq priorités sont les suivantes: élaboration de normes; élaboration d'une stratégie de recherche; réorientation de notre système afin qu'on prête plus d'attention aux aspects plus négligés des soins, en particulier, le soutien à la réadaptation et aux soins palliatifs; planification des ressources humaines, enjeu tout aussi important dans le système de traitement du cancer que dans



Our comments, with respect to your work, are grounded in this strategy. If people are interested in having more information about the strategy, I can give you a reference. There are reams of material available through the Internet.

We recognize and support all of the federal government roles and objectives that you have identified in your "Issues and Options" report, but we particularly would like to focus on two areas. Those are the areas of population health and reform of primary care.

With respect to population health, we know from research, or it has been estimated from research studies, that up to 70 per cent of cancer cases can be avoided by people avoiding exposure to known risk factors, which include tobacco use, diet, physical activity, exposure to the sun and occupational and environmental carcinogens.

One of the interesting things is that many of these major modifiable risk factors for cancer prevention, in particular, tobacco use, healthy diet and physical activity, are also important prevention measures for other chronic diseases, such as diabetes and cardiovascular diseases, both also major health concerns for Canadians. Therefore, an integrated chronic disease prevention strategy for the country should be developed and implemented. Work in this area has recently begun collaboratively through the NGOs related to cancer, diabetes and cardiovascular diseases in collaboration with Health Canada.

The Canadian Cancer Society recommends the development and support of a nation-wide health promotion and disease prevention strategy, and that the federal role in health promotion should be strengthened to enable the achievement of this goal.

Studies that have shown that for every \$1.00 spent in prevention, we can save \$3.00 in treatment costs, so shifting more financial resources to health promotion and chronic disease prevention will defer illness until later in life. That, obviously, will not eliminate those illnesses altogether, but it can be anticipated that it will generate substantial long-term benefits both by reducing costs to the system and — more important maybe — by improving the quality of life for Canadians.

More research into risk factors and into how to modify risk factors is needed. The Canadian Cancer Society urges your committee to recommend that a specific percentage of health research dollars be dedicated for research into risk factors and into socio-behavioural research.

On primary care, more services are being delivered in the home by health professionals, including doctors. Under the Canada Health Act, we would like to see the definition of "insured health services" to be expanded to include services in the home and in the community, particularly for drugs, rehabilitation and palliative care.

l'ensemble du système de soins de santé; et souci de la prévention. Nos commentaires sur notre travail sont fondés sur cette stratégie. Si certaines personnes souhaitent obtenir plus d'information sur la stratégie, je peux vous fournir une référence. On peut trouver une foule de documents sur Internet.

Nous reconnaissons et appuyons tous les rôles et objectifs du gouvernement fédéral que vous avez énoncés dans votre rapport sur les enjeux et les options, mais nous aimerions nous attacher à deux aspects en particulier, soit la santé de la population et la réforme des soins primaires.

En ce qui concerne la santé de la population, les recherches indiquent, ou nous permettent d'estimer, que jusqu'à 70 p. 100 des cas de cancer peuvent être évités lorsque les gens évitent les facteurs de risque connus, comme le tabagisme, la mauvaise alimentation, l'inactivité, l'exposition prolongée aux rayons du soleil et les substances cancérigènes en milieu de travail et dans l'environnement.

Il est peut-être intéressant de signaler que de nombreuses grandes mesures de prévention du cancer, en particulier l'abandon du tabagisme, une bonne alimentation et l'activité physique, sont aussi d'importantes mesures de prévention pour d'autres maladies chroniques, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, deux autres grandes préoccupations des Canadiens en matière de santé. Il serait donc indiqué d'élaborer et de mettre en oeuvre une stratégie intégrée de prévention des maladies chroniques au pays. Les ONG ont récemment commencé à collaborer avec Santé Canada en ce qui concerne le cancer, le diabète et les maladies cardio-vasculaires.

La Société canadienne du cancer recommande et appuie l'adoption d'une stratégie nationale de promotion de la santé et de prévention des maladies, et estime que le rôle du gouvernement fédéral au chapitre de la promotion de la santé devrait être renforcé afin de favoriser la réalisation de cet objectif.

Des études montrent qu'on peut économiser 3 \$ de coûts de traitement pour chaque dollar dépensé en prévention; ainsi, en affectant davantage de ressources financières à la promotion de la santé et à la prévention des maladies chroniques, on peut retarder l'apparition de maladies. Évidemment, cela n'éliminera pas totalement ces maladies, mais on peut s'attendre à ce que cette mesure génère des avantages à long terme considérables, grâce à la réduction des coûts pour le système et — facteur plus important peut-être — à l'amélioration de la qualité de vie des Canadiens.

Il faut mener davantage de recherche sur les facteurs de risque et sur les moyens de les éviter. La Société canadienne du cancer demande instamment à votre comité de recommander qu'un pourcentage spécifique des fonds destinés à la recherche en santé soit affecté à la recherche sur les facteurs de risque et à la recherche socio-comportementale.

Parlons maintenant des soins primaires. Davantage de services sont dispensés au domicile par les professionnels de la santé, y compris les médecins. Nous aimerions que la définition du terme «services de santé assurés», dans la Loi canadienne sur la santé, soit étendue afin qu'elle comprenne les services dispensés à domicile et dans la collectivité, en particulier la désintoxication, la réadaptation et les soins palliatifs.

Canadians need access to excellent quality care, both in and out of the hospital setting, so the Canadian Cancer Society therefore endorses the suggestion of the National Forum on Health that public coverage should be refocused to cover the care, and not the site.

There is also a need for a nationwide, coordinated system for hospital, home and community care so that all patients in Canada can receive an equitable level of treatment and care regardless of place of residence, and so that the transition between levels of care is invisible. In our case, we are particularly concerned about individuals who are experiencing cancer. A seamless access to cancer treatment and care is essential to reducing the suffering that goes with the cancer experience.

Equally, as much as possible, treatment and care must be evidence-based. Many current treatments for illness are not grounded in research and do not reflect best practices. We would like to see the establishment of interprovincial mechanisms to develop evidence-based standards and guidelines for the full spectrum of cancer treatment and care.

Finally, our current system of primary care lacks incentives for physicians to practice health promotion and health maintenance, whether by themselves or in collaboration with other health providers. We would like primary care reform to specifically address these aspects of health services.

As a member of the voluntary sector representing Canadians at the grass roots level, the Canadian Cancer Society looks forward to working in partnership with governments and other key partners to ensure that health care reform occurs in a timely way and benefits all Canadians.

Health care is a major challenge to our systems. It is not feasible for any one organization or any one jurisdiction to effect change on its own, so we believe very strongly in a collaborative approach to health care reform.

**Dr. Robert Conn, President and CEO, SMARTRISK:** Good afternoon to all the members of the standing committee. I would like to join the other members of the panel in applauding the important work that you are doing on behalf of Canadians.

I am here this afternoon, on behalf of SMARTRISK, to amplify an issue that was touched on briefly in your September 2001 "Issues and Options" report and what really is a silent epidemic in our country, the issue of unintentional injury.

What I would like to do in the few minutes that have been allotted is to give you a sense of the magnitude of the problem and to talk a little bit about why this is a silent epidemic.

Puisque les Canadiens doivent avoir accès à des soins de qualité excellente à l'intérieur et à l'extérieur du contexte hospitalier, la Société canadienne du cancer appuie la suggestion du Forum national sur la santé selon laquelle la définition devrait être reformulée afin que l'on couvre non pas l'endroit, mais bien les soins.

Il faut aussi établir un système national coordonné pour les soins dans les hôpitaux, à domicile et dans la collectivité, afin que tous les patients au Canada bénéficient du même niveau de traitement et de soins, où qu'ils soient, et que la transition entre les niveaux de soins soit invisible. Dans notre cas, nous sommes particulièrement préoccupés par les personnes qui souffrent du cancer. L'accès facile au traitement et aux soins est essentiel à la réduction des souffrances qui accompagnent le cancer.

De même, il faut veiller, le plus possible, à ce que le traitement et les soins tiennent compte des recherches. Nombre des traitements actuels ne tiennent pas compte de la recherche et ne reflètent pas les pratiques exemplaires. Nous suggérons l'établissement de mécanismes interprovinciaux favorisant l'élaboration de normes et de lignes directrices, fondées sur les recherches existantes, pour la gamme complète des traitements et des soins liés au cancer.

Enfin, notre système de soins primaire actuel n'incite pas les médecins à appliquer les principes de la promotion et du maintien de la santé, d'eux-mêmes ou de concert avec d'autres fournisseurs de soins de santé. Nous aimerions que la réforme des soins primaires s'attache spécifiquement à ces aspects des services en santé.

À titre de membre du secteur bénévole qui représente tous les Canadiens, la Société canadienne du cancer est impatiente de collaborer avec les gouvernements et les autres partenaires clés afin de veiller à ce que la réforme des soins de santé se fasse rapidement et profite à tous les Canadiens.

Les soins de santé constituent un défi important pour nos systèmes. Une organisation ne peut à elle seule apporter du changement, de sorte que nous croyons très fermement à l'importance d'une approche collaborative en matière de réforme des soins de santé.

**M. Robert Conn, président-directeur général, SAUVE-QUI-PENSE:** Bon après-midi à tous les membres du Comité permanent. Au nom de tous les témoins pour la séance d'aujourd'hui, je salue le travail important que vous faites au nom des Canadiens.

Je suis ici cet après-midi, au nom de SAUVE-QUI-PENSE, pour insister sur une question qui a été signalée rapidement dans votre rapport de septembre 2001 sur les enjeux et les options et qui constitue vraiment une épidémie silencieuse dans notre pays, soit la question des blessures accidentelles.

J'aimerais utiliser les quelques minutes qui me sont accordées pour vous faire comprendre l'importance du problème et vous expliquer brièvement pourquoi il s'agit d'une épidémie silencieuse.



My training is far removed from injury prevention. I am actually trained as a cardiac surgeon. I had the opportunity to do some of my training with one of the fathers of modern day heart surgery, a fellow by the name of Dr. John Kirklin at the University of Alabama in Birmingham.

His program was a little different in terms of transplantation work in that he insisted that we spend the first three months of our program, even though we were very keen to do transplantation work, on what is called the "harvest team," which is the team that actually procures the donor hearts.

It is very embarrassing in retrospect, but I had never stopped to think where donors come from. I had always focussed on the miracle of transplantation. In doing that work, day in and day out for three months, what I quickly began to appreciate was that our donors are like the majority of people in this room, in fact, the majority of people that have testified to you, people who are very healthy one moment, with very active and challenging lives and then, as a result of being hurt, are brain dead the next. That made a huge impression on me.

When I returned to Canada and began my training in children's heart surgery at the Hospital for Sick Children in Toronto, I began to examine the whole issue of unintentional injury. What I found absolutely astounded me.

If you were to ask most Canadians what the number one cause of death was for Canadians in their prime, they would probably say cancer. If you told them they were wrong, they would probably tell you heart disease. If you told them they were wrong, they would tell you other things that they had heard of. In fact, the number one cause of death for Canadians up to age 44, is injury.

If we consider children between the ages of 1 and 20, you can consider every cause of death that you have ever heard of. AIDS, meningitis, leukemia, cystic fibrosis, name them, add them all together, and we have more children in this country dying of injury than everything else combined. In fact, in Canada, last year 7 out of every 10 teenage deaths were a result of a predictable, preventable injury.

About 10 years ago, the Head of Cardiac Surgery at Sick Kids was tired of me bringing in these statistics every day, and he grabbed my arm and said, "If you feel very strongly about this, do something about it." I have come to appreciate in retrospect, now that I am a little older and a little wiser, what he was actually saying to me was "Shut up!" The challenge then became: what can you do? Upon examining the world of safety, I began to realize that traditionally we talk about safety in the form of rules. We talk about safety in the form of "don't" messages. What we have failed to recognize is that life is about taking risks. The challenge is getting people to appreciate and understand those

La formation n'a rien à voir avec la prévention des blessures. En réalité, je suis chirurgien cardiologue. J'ai eu l'occasion de faire une partie de ma formation avec l'un des pères de la chirurgie cardiaque moderne, soit le Dr John Kirklin, à l'Université de l'Alabama, à Birmingham.

Son programme était un peu différent pour ce qui est du travail de transplantation, car il insistait pour que nous passions les trois premiers mois de notre programme au sein de l'équipe dite de «récolte», c'est-à-dire l'équipe qui se charge de prélever le cœur du donneur, même si nous étions très enthousiasmés par l'idée de faire des transplantations.

Je suis très embarrassé lorsque j'y pense, mais je ne m'étais jamais arrêté à me demander d'où venaient les donneurs. Je m'étais toujours attaché au miracle de la transplantation. En faisant ce travail, tous les jours pendant trois mois, j'ai rapidement commencé à comprendre que nos donneurs sont comme la majorité des personnes dans cette pièce, ainsi que la majorité des personnes qui ont témoigné devant vous, soit des personnes qui sont en très bonne santé à l'heure actuelle, qui mènent une vie très active et pleine de défis, et qui, à la suite d'un accident, se retrouvent en état de mort cérébrale. C'était pour moi une leçon énorme.

Quand je suis revenu au Canada et que j'ai commencé ma formation en chirurgie cardiaque chez les enfants à l'Hôpital pour enfants de Toronto, je me suis mis à examiner toute la question des blessures involontaires. Ce que j'ai découvert m'a complètement ahuri.

Si vous deviez demander à la plupart des Canadiens ce qu'ils croient être la première cause de décès chez les Canadiens dans la force de l'âge, ils répondraient probablement «le cancer». Si vous leur disiez qu'ils ont tort, ils diraient probablement «les maladies du cœur». Si vous leur disiez encore qu'ils se trompent, ils citeraient d'autres choses dont ils ont entendu parler. De fait, au tout premier rang des causes de décès chez les Canadiens jusqu'à l'âge de 44 ans, il y a les blessures.

Pensez aux cas d'enfants âgés entre un et 20 ans et considérez toutes les causes de décès dont vous avez pu entendre parler — le sida, la méningite, la leucémie, la fibrose kystique —, nommez-les et faites le total. Eh bien, nous avons plus d'enfants au pays qui meurent des suites de leurs blessures que de toutes les autres causes combinées. De fait, au Canada, l'an dernier, la cause de sept décès sur dix chez les adolescents était une blessure prévisible et évitable.

Il y a environ dix ans, le directeur du service de chirurgie cardiaque à l'Hôpital pour enfants, fatigué de m'entendre débiter ces statistiques tous les jours, m'a saisi le bras et m'a dit: «Si cela vous remue à ce point, alors faites quelque chose». Je comprends aujourd'hui, maintenant que je suis un peu plus âgé et un peu plus sage, que, de fait, il me disait de me la boucler. Le défi devenait alors le suivant: quoi faire? En examinant le monde de la sécurité, j'ai commencé à réaliser que, de tradition, nous exprimons la sécurité sous forme de règle. Nous parlons de la sécurité en faisant valoir des interdictions. Nous oublions une chose: qui dit vie dit risque. Le défi consiste à inciter les gens à apprécier et à

risks in a way that they can then manage them and benefit from that.

In terms of the magnitude of the problem, the numbers are astounding. Every hour, of every day, 220 Canadians go to hospital as a result of being injured. In fact, 21 Canadians die, on average, every day from injury and about 47,000 people are disabled every year.

In situations where people do not die, the most serious injuries are to the brain and the spinal cord. It is estimated that we spend about \$3 million on each serious head injury in lifetime costs. Just in the province of Ontario, we average about four serious head injuries a day. We spend about \$12 million a day to treat the four people in Ontario who are seriously head-injured.

We commissioned a study in partnership with Health Canada two years ago to examine the economic burden of unintentional injury in this country. We thought the numbers would be large, but we had no idea how large. It is the third highest economic burden in our entire health care system. We are spending about \$8.7 billion a year to treat people who are seriously injured. What is most compelling about injury prevention is that over 90 per cent of all of the injuries that come into the hospital are preventable. They are predictable and preventable.

Other countries have recognized the magnitude of the problem. In the United States, the Centre for Disease Control has actually created an institute for injury prevention and control. Great Britain has identified four major health priorities for its population: cancer, heart disease, mental health and injuries. In Canada, we do not have a national strategy or a national plan for tackling the issue of injury prevention.

In terms of research, less than 1 per cent of all of our research dollars in health care are spent on injury prevention research. It is crucial, if we are going to have good programming, that we have evidence upon which that programming can be based.

In your "Issues and Options" report, in Chapter 12, you said that disease issues are complex, but many chronic and infectious diseases and most injuries can be prevented. However, there has been a tendency to focus on curing diseases rather than on preventing them, largely because of a lack of political will.

What I would like to suggest this afternoon is that it is actually more than a lack of political will, and here I would like to share some insight as to why this issue, even though it is so large, is totally unrecognized in our society.

We know that a lot of our thinking in life, a lot of the way in which we behave as humans, is shaped by the language we use. There is a particular word that we use to describe all of these

comprendre les risques de telle sorte qu'ils puissent alors les gérer et en profiter.

Les chiffres qui donnent l'ampleur du problème sont ahurissants. Toutes les heures, tous les jours, 220 Canadiens vont à l'hôpital après s'être blessés. De fait, 21 Canadiens meurent tous les jours, en moyenne, à la suite de blessures, et quelque 47 000 personnes deviennent invalides tous les ans.

Dans les cas où les gens ne meurent pas, les blessures les plus graves touchent le cerveau et la moelle épinière. Selon les estimations, nous dépensons environ 3 millions de dollars pour chaque blessure grave à la tête, sur une vie. Dans la seule province de l'Ontario, il y a en moyenne quatre blessures graves à la tête par jour. Nous dépensons environ 12 millions de dollars pour traiter les quatre personnes en Ontario qui ont subi une blessure grave à la tête.

De concert avec Santé Canada, nous avons commandé il y a deux ans une étude visant à examiner le fardeau économique que représentent les blessures involontaires au Canada. Nous croyons que les chiffres allaient se révéler assez grands, mais nous n'avions pas idée à quel point. Les blessures involontaires viennent au troisième rang des fardeaux économiques qui touchent le système de santé dans son ensemble. Nous dépensons environ 8,7 milliards de dollars par année pour traiter des gens qui ont subi une blessure grave. Du point de vue de la prévention, ce qui est saisissant, c'est que plus de 90 p. 100 des blessures dont souffrent les gens qui arrivent à l'hôpital auraient pu être évitées. Ce sont des blessures prévisibles et évitables.

D'autres pays ont reconnu l'ampleur du problème. Aux États-Unis, le Centre for Disease Control a créé un institut de prévention et de contrôle des blessures. La Grande-Bretagne a établi quatre grandes questions en ce qui concerne la santé de la population: le cancer, les maladies du coeur, la santé mentale et les blessures. Au Canada, nous n'avons pas de stratégie nationale ou de plan national pour nous attaquer à la question de la prévention des blessures.

Sur le plan de la recherche, moins de 1 p. 100 des fonds en santé sont consacrés à des études sur la prévention des blessures. Il est indispensable, si nous voulons nous donner de bons programmes, d'établir les données sur lesquelles les programmes seront fondés.

Dans votre rapport sur les enjeux et les options, au chapitre 12, vous dites que les questions relatives aux maladies sont complexes, mais qu'un grand nombre de maladies chroniques et infectieuses et la plupart des blessures pourraient être évitées. Tout de même, il y a cette tendance à insister sur la thérapeutique, plutôt que sur la prévention, ce qui est attribuable, en grande part, à un manque de volonté politique.

Ce que j'avancerais, cet après-midi, c'est que ce n'est pas uniquement un manque de volonté politique — et j'aimerais mettre en lumière la raison pour laquelle cette question, même si elle a une telle ampleur, n'est pas du tout reconnue dans notre société.

Nous savons qu'une bonne part de notre façon de penser, dans la vie, une bonne part de notre façon de nous conduire tient au langage que nous employons. Il existe un mot particulier que nous



things that I wish we could eradicate from the human vocabulary, and that is the word "accident."

In the dictionary "accident" is defined as "an unavoidable act of fate." We know from human behaviour studies that if we believe something is fate, most people respond by coping with that through denial.

For example, if I were to suggest that three people around this table were going to die in the next hour as a result of fate, in the next hour we would observe a variety of coping mechanisms. Some people might be very angry with me for having suggested that, some people might get agitated, some people might actually feel physically unwell and the more sophisticated "copers" would spend the next hour looking around the room and picking out the three people that they thought were going to die — and you can bet that they would not be among them. Denial is a very sophisticated coping mechanism.

We live in a society where, if tonight in any city — Charlottetown, Kitimat, British Columbia, or Red Deer — six children were to die in a car crash, we would call it a terrible tragic accident and not much more would happen. Yet, if anywhere in this country six children were to die of meningitis, it would be a national story and there would be an outpouring of resources into the community unlike any that have been seen.

We believe that in order to move forward on this issue, there are three concrete things that can happen which can be led by the federal government.

The first is in the area of surveillance. We know very little about how people actually get hurt, and in fact, it is very interesting to find, when you start examining the data we have, that we do not even have a uniform way of coding deaths related to injury in this country. If you die of a heart attack anywhere in this country, you will be counted once. If you die of pneumonia anywhere in this country, you will be counted once. If you are from Ontario and you are visiting British Columbia and you are killed in a car crash, you will not be counted. If you are from Alberta and you are visiting Saskatchewan, you will be counted twice. This is such an unrecognized issue that even at the level of coding our injuries we do not have a uniform system.

We know that, in the economic burden of \$8.7 billion, 28 per cent of the injuries that account for that \$8.7 billion are coded as "other" and we cannot tell you anything beyond that. We do not have a good surveillance system, and that is certainly a role that the federal government can play. A good surveillance system is akin to turning on the lights. If we do not know who is getting hurt and how they are getting hurt, it is impossible to design programming.

employons pour décrire toutes ces choses et que je souhaite supprimer du vocabulaire des autres humains. C'est le mot «accident».

Le dictionnaire assimile l'«accident» à un événement imprévu et soudain, à un coup du sort. Or, les études sur le comportement des humains disent que là où nous croyons voir agir le sort, dans la plupart des cas, nous répondons par le déni.

Par exemple, si je vous disais que trois personnes parmi celles qui se trouvent ici vont mourir durant l'heure à venir, le sort le voulant ainsi, durant l'heure à venir, nous pourrions observer toutes sortes de mécanismes d'adaptation. Certains m'en voudraient énormément d'avoir dit cela, d'autres deviendraient agités, d'autres encore se sentiraient mal physiquement et les plus «habiles» sur le plan de l'adaptation passeraient l'heure entière à regarder autour d'eux pour essayer de repérer les trois personnes qui, selon elles, sont sur le point de mourir — et on peut parier qu'elles ne se mettraient pas dans cette catégorie. Le déni est un mécanisme d'adaptation très perfectionné.

Dans la société où nous vivons, si, ce soir, dans une ville quelconque — Charlottetown, Kitimat, en Colombie-Britannique, Red Deer — six enfants devaient trouver la mort dans un accident de voiture, nous dirions qu'il s'agit d'un accident tragique et terrible, mais il ne se passerait pas grand-chose de plus. Par contre, si quelque part au pays, six enfants devaient succomber à la méningite, cela ferait la manchette dans tout le pays et il y aurait une canalisation sans pareille de ressources vers la collectivité touchée.

Nous croyons que, pour faire progresser le dossier, il faut trois mesures concrètes dont le gouvernement fédéral pourrait se faire le défenseur.

La première concerne le domaine de la surveillance. Nous savons très peu de choses sur la façon dont les gens se blessent et, de fait, il est très intéressant de constater, quand on commence à examiner les données à notre disposition, que nous n'avons même pas une manière uniforme de codifier les décès dus à une blessure au Canada. Si vous succombez à une crise cardiaque n'importe où au pays, votre cas est compté une fois. Si vous succombez à la pneumonie n'importe où au pays, votre cas est compté une fois. Si vous êtes ontarien et que vous trouvez la mort dans un accident de voiture en Colombie-Britannique, vous n'êtes pas compté. Si vous êtes albertain et que vous succombez à vos blessures en Saskatchewan, vous êtes compté deux fois. La question est tellement mal reconnue que même la codification des blessures n'est pas uniformisée.

Nous savons que — dans le cas d'un fardeau économique qui représente 8,7 milliards de dollars — 28 p. 100 des blessures auxquelles sont associées la somme de 8,7 milliards de dollars se voient attribuer le code «autres». Nous ne pouvons en dire plus. Nous n'avons pas un bon système de surveillance, et voilà un secteur où le gouvernement fédéral pourrait certes jouer un rôle. Avoir un bon système de surveillance, c'est comme ouvrir les lumières. Si nous ne savons pas qui se blesse ni comment il se blesse, il est impossible de concevoir des programmes.

The second thing that we need is comprehensive research, and I think all of the other members of the panel would echo that. We need good evidence upon which we can base our programming.

The third component is comprehensive programming of a multidisciplinary nature. There is probably no other health care issue that can bring in as many different disciplines into the research of an issue as can injury.

I would like to conclude by thanking the members of the Standing Senate committee. I applaud you for the work that you are doing.

**The Chairman:** I thank all of you for your comments.

Dr. Conn, thank you for explaining that to me. Other people have used the term "unintentional injury," which implies there must be something called an "intentional injury," and, that, I always had great difficulty with. I wondered why we did not use the word "accident" and now I know why we do not use it.

**Dr. Conn:** Actually, the World Health Organization has defined "injury prevention" as encompassing three areas: unintentional injuries, suicide and violence. We encourage Health Canada to ultimately take a similar approach and to consider those three areas in unison. We, at SMARTRISK, believe that the unifying link is really the appreciation of risk.

**The Chairman:** That makes sense.

**Senator Cordy:** Mr. Wilbee, you talked about the millions of dollars that have been spent warning people about the dangers of tobacco and drug use. In my other life, I was an elementary school teacher, so I am aware of the numbers of programs that were put out by provincial and federal departments to discourage such behaviour in young children. You told us that starts at a very young age.

What did we do wrong? Are the tobacco companies spending more money than we are spending?

**Mr. Wilbee:** The answer to the last one is yes. At least in the area that we are concerned with, and despite that we spend millions of dollars, my view would be that we do not take prevention seriously enough. I take it I have agreement of the panellists.

We have not done anything wrong; we have gone far enough, and it is not that the "don't" messages do not work. My 10 year old granddaughter has decided that she is neither going to take drugs nor get a tattoo, the former pleasing her grandmother a great deal. However, that does not guarantee that she will not experiment three or four years from now.

In terms of prevention we are saying, "we need to involve." I think we have talked a lot about involvement, about involving the

La deuxième mesure qu'il faut adopter, c'est un programme de recherche global, et je crois que tous les autres témoins se feraient bien l'écho de cette proposition. Nous avons besoin de données solides sur lesquelles appuyer nos programmes.

La troisième mesure consiste en un programme complet de nature multidisciplinaire. Dans la santé, il n'y a probablement aucun autre phénomène qui puisse faire converger un si grand nombre de disciplines pour ce qui est de la recherche.

J'aimerais conclure mon exposé en remerciant les membres du comité permanent du Sénat. J'applaudis le travail que vous accomplissez.

**Le président:** Je vous remercie tous des observations dont vous nous faites part.

Dr. Conn, je vous remercie de m'expliquer cette notion. D'autres gens ont utilisé le terme «blessure involontaire», ce qui veut dire qu'il doit y avoir quelque chose que l'on appellerait «blessure volontaire» et cela m'a toujours posé une grande difficulté. Je me demandais pourquoi nous n'utilisions pas le terme «accident» et, maintenant, je sais pourquoi.

**Le Dr. Conn:** De fait, l'Organisation mondiale de la santé a défini la «prévention des blessures» comme englobant trois phénomènes, les blessures involontaires, les suicide et la violence. Nous encourageons Santé Canada à adopter une approche semblable et à considérer ces trois questions en bloc. Nous, chez SAUVE-QUI-PENSE, nous croyons que le fil conducteur, c'est vraiment l'appréciation du risque.

**Le président:** Cela a du sens.

**Le sénateur Cordy:** Monsieur Wilbee, vous avez parlé des millions de dollars qu'on a dépensés pour mettre les gens en garde contre le tabac et la consommation de drogue. Dans mon autre vie, j'étais enseignante à l'école élémentaire; je suis donc au fait du nombre de programmes qui ont été mis au point par les ministères provinciaux et fédéraux pour dissuader de tels comportements chez les jeunes enfants. On nous avait dit que les gens commencent à un très jeune âge.

Quelle a été notre erreur? Est-ce que les compagnies de tabac mettent plus d'argent que nous là-dedans?

**M. Wilbee:** La réponse à votre question c'est «oui». Du moins dans le champ d'action qui nous préoccupe et, malgré le fait que nous dépensons des millions de dollars, je dirais que la prévention est une question que nous ne prenons pas assez au sérieux. Je presume que les autres témoins sont d'accord avec moi.

Nous n'avons pas fait d'erreur; nous n'avons pas poussé la chose assez loin, et ce n'est pas que les interdictions ne fonctionnent pas. Ma petite-fille de dix ans a décidé qu'elle n'allait ni prendre de la drogue, ni se faire faire un tatouage, la première volonté ayant beaucoup réjoui sa grand-mère. Toutefois, cela ne garantit pas qu'elle ne fera pas l'expérience de ces choses dans trois ou quatre ans.

Du point de vue de la prévention, nous disons: «Il faut faire quelque chose». Nous avons beaucoup parlé de faire quelque



community in planning and implementing our system, but, gosh, we must involve the children themselves.

The late Dr. Paul Steinhauer, who was an expert in child development, talked about resiliency and how to develop that kind of resiliency.

I would like comment on the quality of the prevention practitioner. For example, many times, in elementary school or high school, we bring in either a former addict, or maybe an athlete to tell horrible stories. That affects me for a short while. It does not involve me, but it affects me.

The best example I can give is that I tend to slow down when I see a car accident for maybe the next 20 kilometres. Then I find I am speeding up again because it has not really involved me.

The answer is that this is complex, but we can do a better job. Part of that is training, and is evidence-based. What really works? What are the outcomes?

I just would suggest — and research would back me up — that if you advise, "Just say no," a kid will respond, "But how do I say no?" How do we build that resiliency in?

There must be more research, which cannot be done without resources. That goes to your first question. If the "competing people" are out there, not only for tobacco, but for the lifestyle advertising that is hanging around the pool about having a cold one, there must be a counter to that which involves people really thinking that through. It is complex.

**Senator Cordy:** Children will all nod appropriately and say all the things that the teacher or whoever happens to be in the room says, but we have to develop decision-making skills within the students as well.

**Mr. Wilbee:** I am not sure, Mr. Chair, if I have enough time to share a very quick story.

Last year we went into a school in Kitchener that is known as a "problem school." It has two combined classes of young ladies in grades 9 and 10. We did a kind of four-point process with them. We did the traditional bringing in of a person who is a clinician, who was very highly regarded among the youth, to do the story and give the information on the dangers and the risks.

We have developed a journal, in which we asked those 28 young ladies over a 30-day period to record their thoughts. We were involving them. We came back in a month or so later and four of those 28 came forward and said, "I have a problem. Can you help me?"

chose, de faire en sorte que la collectivité participe à la planification et à la mise en place de notre système, mais, diable, il faut faire en sorte que les enfants participent eux aussi.

Feu le Dr. Paul Steinhauer, spécialiste du développement chez les enfants, a parlé de cette faculté de rebondir — il a dit resiliency — et de la manière de la développer.

J'aimerais aborder la question de la qualité du travail des praticiens de la prévention. Par exemple, souvent, à l'école élémentaire ou secondaire, nous faisons appel à un ancien toxicomane ou peut-être à un athlète qui vient nous relater des histoires horribles. Cela me touche pendant un court laps de temps. Je ne participe pas, mais cela me touche.

Le meilleur exemple que je puisse donner, c'est qu'après avoir vu un accident de voiture, j'ai tendance à ralentir sur les 20 kilomètres qui suivent. Ensuite, je constate que j'accélère à nouveau, parce que j'étais simplement un témoin de la scène, et non pas un acteur.

La réponse est complexe, mais il faut dire que nous pouvons faire mieux. Une partie de cela réside dans la formation et repose sur des données vérifiables. Qu'est-ce qui fonctionne vraiment? Quels sont les résultats?

Je dirais simplement — et les recherches confirment ce que je vais dire — que si vous leur donnez pour conseil de dire simplement «non», le jeune répondra: «Je veux bien, mais comment dire non?» Comment favoriser cette faculté de rebondir?

Il doit y avoir plus de recherche, ce qui ne peut se faire sans ressources. Cela nous ramène à votre première question. Si toutes sortes de gens se font concurrence, non seulement dans le cas du tabac, mais aussi de ces annonces publicitaires où les gens s'amusent autour d'une piscine tout en prenant une bonne bière, il doit y avoir l'autre côté de la médaille — où il y a des gens qui réfléchissent vraiment. C'est complexe.

**Le sénateur Cordy:** Les enfants vont tous hocher la tête pour dire que c'est vrai, ils vont dire tout ce que l'enseignant ou la personne qui se trouve être dans la pièce dit, mais nous devons favoriser l'aptitude à prendre des décisions chez les étudiants aussi.

**M. Wilbee:** Je ne sais pas, monsieur le président, si j'ai le temps de raconter très brièvement une histoire.

L'an dernier, nous nous sommes rendus à une école de Kitchener connue pour être une «école difficile». Il y avait deux classes combinées de filles de la 9<sup>e</sup> et de la 10<sup>e</sup> année. Nous leur avons énoncé une démarche en quatre points. Comme le veut l'usage, nous avons fait venir un clinicien, que les jeunes tenaient en très haute estime, pour raconter l'histoire et donner les renseignements voulus sur les dangers et les risques.

Nous avons conçu une sorte de journal personnel, où nous demandons aux 28 filles en question de noter leurs pensées sur une période de 30 jours. Nous les faisons participer à la chose. Nous sommes revenus un mois plus tard, environ, et quatre des 28 se sont levées et ont dit: «J'ai un problème. Pouvez-vous m'aider?»

The real value in the exercise is that we had a clinician who could assist them and get them into the right programs. One of the greatest dangers is to open somebody up and then not have the solutions.

We, like everybody else, would argue that we get what we pay for. It would be interesting to see the data — I am sure it is there, or if it is not, we should get it — on injuries, particularly among youth where substance abuse may be a contributing factor there as well.

**Senator Cordy:** You have made an excellent point. The resources have to be there for follow-up. I remember also doing a program, "Feeling Yes, Feeling No" many years ago about sexual abuse, and children were disclosing to the teacher or to a trusted adult and then being told, "You have to wait six months to get help." So much for trusting the adult, right?

**Mr. Wilbee:** What are those kinds of messages? That is when you get into the suicide or continued increased drug use because you think there is no answer.

We have to have those kinds of resources and programs.

**Senator Cordy:** My next question is for Mr. Morrice. You said that people were frustrated by the lack of standards, and I was just a bit confused. Do you mean, in terms of drugs that are available, there are disparities among the provinces? Is that what you meant, or is there more to it?

**Mr. Morrice:** There is a lot more to it, in terms of overall standards, but I was referring to what is happening with drugs concerning the federal approval process and also the provincial formularies. Why should we wait for over two years in Canada? Remicade, a biologic for people with arthritis, was just approved a couple of weeks ago, despite that it was approved in the United States and Europe two years ago. Why are we sitting back? Why are people still in wheelchairs when other people who were in wheelchairs are out walking around and playing with their children? It is like a game. This is just not fair.

**Senator Callbeck:** Thank you all very much for your presentations.

I just have one question, and it is for Mr. Morrice.

Regarding drugs for arthritis, I was struck when you said that more people die from the side effects of taking drugs from arthritis than from AIDS. Is that statistic for Canada?

**Mr. Morrice:** Yes.

**Senator Callbeck:** You spoke about the clinical trials and that there is no surveillance. How are these trials conducted?

La valeur réelle de l'exercice résidait dans le fait que nous avions un clinicien qui pouvait leur venir en aide et les diriger vers les bons programmes. Un des plus grands dangers qui se présentent, c'est quand on sensibilise quelqu'un à la possibilité, sans avoir de solution à proposer par la suite.

Comme tout le monde, nous disons qu'on en a pour notre argent. Il serait intéressant de voir les données — je suis sûr que ça existe, sinon il faudrait l'obtenir — concernant les blessures, particulièrement chez les jeunes dans les cas où la consommation de drogues peut être un facteur.

**Le sénateur Cordy:** Vous soulevez une excellente question. Il faut qu'il y ait des ressources pour le suivi. Je me souviens d'avoir participé, il y a très très longtemps, à un programme concernant l'exploitation sexuelle, dont le titre était «Feeling Yes, Feeling No», où les enfants révélaient des cas d'exploitation à l'enseignant ou à l'adulte en qui ils avaient confiance, puis se faisaient dire: «Tu dois attendre pendant six mois avant de pouvoir avoir de l'aide». C'en est fait de la confiance dans le monde des adultes, hein?

**M. Wilbee:** Quels sont ces genres de messages? C'est le cas, par exemple, quand la personne envisage le suicide ou de continuer à consommer toujours plus de drogue parce qu'elle croit qu'il n'y a pas de solution.

Nous devons avoir ces genres de ressources et de programmes.

**Le sénateur Cordy:** Ma prochaine question s'adresse à M. Morrice. Vous dites que les gens étaient frustrés du fait qu'il n'y a pas de normes, et j'étais un peu confuse. Parlez-vous des médicaments qui sont disponibles, de disparités entre les provinces? Est-ce cela que vous vouliez dire, ou y a-t-il plus encore?

**M. Morrice:** Il y a beaucoup plus encore, pour ce qui est des normes globales, mais je parlais de ce qui se passe avec les médicaments en ce qui concerne le processus d'approbation du gouvernement fédéral et aussi des formulaires provinciaux. Pourquoi devrions-nous attendre pendant plus de deux ans au Canada? Remicade, un agent biologique qui sert à traiter l'arthrite, vient d'être approuvé il y a quelques semaines à peine, même s'il a été approuvé il y a deux ans aux États-Unis et en Europe. Pourquoi restons-nous assis sur nos lauriers? Pourquoi y a-t-il encore des gens en fauteuil roulant, alors que d'autres qui se déplaçaient auparavant en fauteuil roulant sont debout et deambulent et jouent avec leurs enfants? C'est comme un jeu. Ce n'est pas juste.

**Le sénateur Callbeck:** Merci beaucoup à tous pour les exposes.

J'ai une seule question, et elle s'adresse à M. Morrice.

Pour ce qui touche les médicaments contre l'arthrite, cela m'a frappé quand vous avez dit qu'il y a plus de gens qui meurent des effets secondaires des médicaments antiarthrites que du sida. C'est une statistique qui s'applique au Canada?

**M. Morrice:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez parlé des essais cliniques et du fait qu'il n'y ait pas de surveillance. Comment ces essais se déroulent-ils?



**Mr. Morrice:** Dr. Whylie could answer the clinical trial part and I will answer the last part of the question.

**Dr. Whylie:** How are the clinical trials organized?

**Senator Callbeck:** Yes, are there clinical trials before a drug is approved by Health Canada?

**Dr. Whylie:** Yes. Clinical trials are basically large-scale experiments to identify which new medications are effective and which are not.

Basically, people with a certain condition are recruited by their physicians into these trials, and there are different levels of trials depending on what you are actually trying to find out. In the simplest form, you give patients either a new drug or the old drug and they are monitored to identify which one is more effective than the other.

That type of very technical and very detailed information has to be provided to Health Canada or any other regulating body to determine whether drugs will be approved.

One consideration is what and how dangerous the side effects are, and whether new drugs are more dangerous or less dangerous than the other drugs that may be almost as effective, which we currently have in place. It is complex.

**Senator Callbeck:** How many people are on these trials? Does it vary with the drug?

**Dr. Whylie:** I do not know how to answer that question. In the cancer field, we would like almost everybody being treated for cancer to have access to clinical trials. In fact, in Canada just now, approximately 4 to 5 per cent of cancer patients have access to clinical trials.

**Senator Callbeck:** Would that drug be free to the patient?

**Dr. Whylie:** Yes.

**Mr. Morrice:** Once a drug is approved it is not free any longer. Then you are relying on the provincial formularies.

Clinical trials involve a kind of a "bandwidth." Once medicine is approved for an indication, it is available to the broader public, and later on we hear of more side effects and so on. That is why I say surveillance is really the issue here. If we can get on top of the surveillance on a regular basis, we will solve all of that. It really shakes itself out. We need good surveillance, which we do not have right now. That would solve many other problems.

We are part of the Cochrane Collaboration, where citizens are involved. The Cochrane Collaboration was really for specialists doing world studies on what is best evidence in terms of therapies and their medication.

**M. Morrice:** Mme Whylie pourrait répondre à la partie de la question qui porte sur les essais cliniques, et je m'occuperai moi-même de la dernière partie.

**Mme Whylie:** Comment les essais cliniques sont-ils organisés?

**Le sénateur Callbeck:** Oui, procède-t-on à des essais cliniques avant qu'un médicament ne soit approuvé par Santé Canada?

**La Dre Whylie:** Oui. Les essais cliniques sont, essentiellement, des expériences à grande échelle visant à déterminer lesquels parmi les nouveaux médicaments sont efficaces et lesquels ne le sont pas.

Essentiellement, les médecins recrutent ceux parmi leurs malades qui souffrent d'un certain état pour participer à ces essais, et il y a divers niveaux d'essai, suivant ce qu'on essaie de découvrir. Dans l'essai sous sa forme la plus simple, on donne au malade soit un nouveau médicament, soit l'ancien, puis on contrôle les résultats pour déterminer lequel est le plus efficace.

Ce genre de renseignements très techniques et très détaillés doit être transmis à Santé Canada ou à un autre organisme de réglementation pour que l'on puisse déterminer si le médicament doit être approuvé.

Une des questions qu'il faut prendre en considération, c'est de savoir s'il y a des effets secondaires et déterminer jusqu'à quel point ils sont dangereux, et savoir si le nouveau médicament est plus ou moins dangereux que les autres médicaments qui sont peut-être aussi efficaces, que nous avons actuellement en place. C'est complexe.

**Le sénateur Callbeck:** Combien de personnes participent à ces essais? Est-ce que cela varie d'un médicament à l'autre?

**Mme Whylie:** Je ne connais pas la réponse à cette question. Dans le domaine de la lutte au cancer, nous aimerions que toutes les personnes qui sont traitées pour un cancer aient accès aux essais cliniques. De fait, en ce moment au Canada, c'est 4 ou 5 p. 100 des cancéreux qui ont accès aux essais cliniques.

**Le sénateur Callbeck:** Le médicament est-il fourni gratuitement au patient?

**La Dre. Whylie:** Oui.

**M. Morrice:** Une fois un médicament approuvé, il n'est plus gratuit. On se tourne alors vers les formulaires provinciaux.

Les essais cliniques supposent une sorte de «largeur de bande». Une fois un médicament approuvé pour une indication donnée, il est offert au grand public; plus tard, nous entendons parler d'autres effets secondaires et ainsi de suite. C'est pourquoi je dis que c'est vraiment la surveillance qui importe ici. Si nous pouvions bien mener la surveillance de manière régulière, nous réglerions tous ces problèmes. Tout finit alors par ressortir. Nous avons besoin d'une bonne surveillance, ce que nous n'avons pas en ce moment. Cela réglerait bien d'autres problèmes.

Je participe à la collaboration avec le groupe Cochrane, qui fait appel à des citoyens. Cette démarche était vraiment pour des spécialistes chargés d'études mondiales sur les données qui seraient les meilleures en ce qui concerne les thérapies et les médicaments.

The Cochrane Collaboration in Canada was given the area of musculoskeletal and arthritis. We said, "We will partner with you if you promise to put all the medical stuff, the gobbledy-gook, into lay language and that we have citizens right at the table who have arthritis to help write it."

I have a very quick story. I know, Senator Kirby, you are in a rush here. Citizens were sitting around a table with doctors and researchers, who were from Australia and so forth. I watched a woman with arthritis write something down, fold it up and put it in her purse. That was interesting, but I did not comment. Three months later we were at another Cochrane meeting, and I said to her, "I saw you at the last meeting. I am not challenging you, but I am just wondering, what did you do with that note?" She said, "It had the names of the international researchers at the bottom. I gave it to my doctor and asked why I was not on that drug." She said that he read it and said, "Why not?" Now it is in lay language, with documentation on who did the research. She said, "We then sat and talked for over 20 minutes about my disease. We are now partners in my disease."

If there is anything more telling than that, I do not know what it is, in terms of partnership and people understanding.

**Senator Callbeck:** You talked about surveillance. I was surprised that there is not any. I am on a new drug, Enbrel, and I have to report for tests all the time. I have to see my rheumatologist at certain times. I thought that was what was happening.

**Mr. Morrice:** Enbrel is one of the newest biologics, as is Remicade, for people with arthritis. It is heavy-duty, and I am sure you will benefit tremendously.

**The Chairman:** Last question.

**Senator Morin:** I have a short question for Dr. Whylie. I share your support for research on the risk factors of cancer. Your organization, of course, represents Canadians who suffer from cancer.

What is your position on waiting times for cancer treatment? Especially with the recent evidence in the *Canadian Medical Association Journal* that waiting times adversely affect various forms of cancer, especially cancer of the breast, what is the position of your society concerning the fact that we are still sending Canadians to be treated for cancer in the U.S.?

**Dr. Whylie:** Our position is very simple. We would like to see all Canadians with cancer have access to expert cancer care within the appropriate time frame.

Le Centre de collaboration Cochrane au Canada a reçu pour tâche d'étudier l'appareil squeletto-musculaire et l'arthrite. Nous avons dit: «Nous allons collaborer avec vous si vous promettez de traduire tous les trucs médicaux, le jargon, en langage clair et s'il peut y avoir à la table même des citoyens qui souffrent de l'arthrite pour aider à l'écrire».

J'ai une histoire à raconter, très rapidement, sénateur Kirby, car je sais que vous êtes pressé. Des citoyens se sont trouvés assis autour d'une table avec des médecins et des chercheurs provenant d'Australie et d'ailleurs dans le monde. J'ai vu une femme arthritique noter quelque chose, plier le papier en deux et le mettre dans son sac à main. C'était intéressant, mais je n'ai rien dit. Trois mois plus tard, nous étions à une autre réunion du Centre Cochrane, et je lui ai demandé: «Je vous ai vue à la dernière réunion. Je ne vous défie pas, mais je me pose simplement la question: qu'était cette note?» Elle a répondu: «J'ai mis le nom de chercheurs internationaux en bas. J'ai remis la note à mon médecin et je lui ai demandé pourquoi je ne prenais pas ce médicament-là». Elle a dit que son médecin avait vu la note et qu'il avait dit: «Pourquoi pas?» Maintenant, c'est dit en langage clair avec une documentation sur les personnes qui ont fait la recherche. Elle a dit: «Ensuite, nous nous sommes assis et nous avons parlé pendant plus de 20 minutes de ma maladie. Nous sommes maintenant associés dans la lutte contre ma maladie».

Si quelqu'un peut trouver un raisonnement plus convaincant, pour évoquer l'idée du partenariat et de la compréhension des gens, je lui lève mon chapeau.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez parlé de surveillance. J'ai été étonnée de constater qu'il n'y en a pas. Je prends moi-même un nouveau médicament, Enbrel, et je dois toujours me présenter pour des tests. Je dois voir mon rhumatologue de temps en temps. Je croyais que c'était cela qui se passait.

**M. Morrice:** Tout comme Remicade, Enbrel est l'un des nouveaux agents biologiques conçus pour traiter les arthritiques. C'est très fort, et je suis sûr que vous allez en tirer grandement profit.

**Le président:** Dernière question.

**Le sénateur Morin:** J'ai une petite question pour Mme Whylie. Je suis d'accord avec vous pour ce qui est de la recherche sur les facteurs de risque touchant le cancer. Bien entendu, votre organisation représente les Canadiens qui souffrent du cancer.

Quelle est votre position en ce qui touche les délais d'attente pour le traitement du cancer? Particulièrement à la lumière des données publiées récemment dans le *Journal de l'Association médicale canadienne*, selon lesquelles les délais ont un effet néfaste sur diverses formes de cancer, surtout le cancer du sein — quelle est la position de votre société face au fait que nous envoyons toujours des Canadiens faire traiter leur cancer aux États-Unis?

**Mme Whylie:** Notre position est très simple. Nous aimerions que tous les Canadiens aient accès à des soins d'experts pour la lutte au cancer dans un délai approprié.



**Senator Morin:** If you had additional resources to put into the system, would you put them into research on the risk factors or into reducing the waiting lines and having efficient treatment in our country — if you had a choice here?

**Dr. Whyllie:** We have been thinking about these issues for some time. Our answer was to approach the Canadian Association of Provincial Cancer Agencies, which is responsible for providing treatment to cancer patients across the country, the federal government and other major partners to suggest that we all come together to examine the total challenge around cancer in this country and develop a strategy that would solve both of those problems. That is the objective.

**Senator Morin:** You are not answering my question.

**Dr. Whyllie:** No, I know that I am not. I do not really have an answer to your question. My answer is that I think it is not simple. We believe, for example, that there are options within the cancer treatment system that perhaps can make the system more efficient. We also believe, in the long term, if we pay enough attention to prevention that will relieve some of the pressure on the system.

I am sorry, I do not have an either/or answer to that particular question.

**Mr. Morrice:** That gets back to citizens and patients being involved. We did a bill of rights, which involved patients, all the professionals, rheumatologists, orthopaedic surgeons, chiropractors, occupational therapists, physiotherapists and so on. It was the patients who said they wanted a bill of rights and responsibilities. I will happily give you a copy of that.

It was a pleasure to watch that kind of thing happen. That is how you can start to address those choices and very hard issues.

**The Chairman:** Thank you. Could you leave us a copy of the bill of rights?

**Mr. Morrice:** Certainly.

**The Chairman:** May I thank all of you for coming. We really appreciate it. Senators, we are adjourned until 9:00 tomorrow morning.

The committee adjourned.

**Le sénateur Morin:** Si vous pouviez ajouter des ressources au système, les utiliseriez-vous pour la recherche sur les facteurs de risque ou pour la réduction des délais et pour des traitements efficaces dans notre pays — si vous aviez le choix?

**Mme Whyllie:** Nous songeons à ces questions depuis un certain temps déjà. Notre réponse a été d'aborder la Canadian Association of Provincial Cancer Agencies, qui est responsable de fournir un traitement aux cancéreux dans tout le pays, le gouvernement fédéral et d'autres partenaires importants pour suggérer que nous nous réunissions en vue d'examiner le défi global qui se présente autour de la question du cancer au Canada et en vue d'élaborer une stratégie qui permettrait de régler les deux problèmes en question. Voilà l'objectif.

**Le sénateur Morin:** Vous ne répondez pas à ma question.

**Mme Whyllie:** Non, je sais que je n'y réponds pas. Je n'ai pas vraiment de réponse à votre question. Ma réponse, c'est que cela ne me paraît pas simple. Nous croyons, par exemple, que le système de traitement du cancer comporte des options qui, peut-être, permettront d'améliorer l'efficacité. Nous croyons également que si, à long terme, nous accordons une attention suffisante à la prévention, cela soulagera le système quelque peu.

Je m'excuse, mais je n'ai pas de réponse parfaitement claire à cette question particulière.

**M. Morrice:** Cela nous ramène à la participation des citoyens et des patients. Nous avons établi une charte des droits des malades, en faisant appel aux malades et à tous les professionnels, aux rhumatologues, aux chirurgiens orthopédistes, aux chiropraticiens, aux ergothérapeutes, aux physiothérapeutes et ainsi de suite. Ce sont les patients qui ont affirmé qu'ils voulaient une charte des droits et responsabilités. Je serai heureux de vous en remettre un exemplaire.

Il a été réjouissant de voir ce genre de choses se faire. C'est comme cela qu'on commence à affronter ces choix et ces questions très difficiles qui se présentent.

**Le président:** Merci. Pourriez-vous nous laisser un exemplaire de la charte des droits?

**M. Morrice:** Certainement.

**Le président:** Permettez-moi de vous remercier, tous, d'être venus. Nous l'apprécions vraiment. Honorables sénateurs, nous levons la séance jusqu'à 9 heures demain matin.

La séance est levée.





*From the Consumers' Association of Canada:*

Jean Jones, Chair of the Health Committee.

Mel Fruitman, President.

*From the Ontario Association of Optometrists:*

Dr. Joseph Chan, President.

*From Medical Devices Canada (MEDEC):*

Peter Goodhand, President.

*From AstraZeneca:*

Gerry McDole, President and CEO.

*From Comcare Health Services:*

Mary Jo Dunlop, President.

*From St. Michael's Hospital:*

Jeffrey Lozon, President and CEO.

*From the Association of Ontario Health Centres:*

Gary O'Connor, Executive Director.

*From the Ontario Medical Association:*

Dr. Kenneth Sky, President.

*From The Arthritis Society:*

Denis Morrice, President and CEO.

*From SMARTRISK:*

Dr. Robert Conn, President and CEO.

*From the Canadian Cancer Society:*

Dr. Barbara Whyllie, Director, Cancer Control Policy;

Cheryl Mayer, Director, Cancer Control Programs.

*From the Alcohol and Drug Recovery Association of Ontario  
and the Addiction Intervention Association:*

Jeff Wilbee, Executive Director.

*De l'Association des consommateurs du Canada:*

Mme Jean Jones, présidente du comité sur la santé;

M. Mel Fruitman, président.

*De l'Ontario Association of Optometrists:*

Dr Joseph Chan, président.

*Des Instruments Médicaux du Canada (MEDEC):*

M. Peter Goodhand, président.

*De AstraZeneca:*

M. Gerry McDole, président-directeur général.

*De Comcare services de santé:*

Mme Mary Jo Dunlop, présidente.

*De l'hôpital Saint Michael:*

M. Jeffrey Lozon, président-directeur général.

*De l'Association des centres de santé de l'Ontario:*

M. Gary O'Connor, directeur général.

*De l'Association médicale de l'Ontario:*

Le Dr. Kenneth Sky, président.

*De la Société d'arthrite:*

M. Denis Morrice, président et directeur général.

*De SAUVE-QUI-PENSE:*

Le Dr Robert Conn, président et directeur général.

*De la Société canadienne du cancer:*

La Dre Barbara Whyllie, directrice, Politique de contrôle;

Mme Cheryl Mayer, directrice, Programmes de lutte contre le cancer.

*De l'Association ontarienne des services de rétablissement en  
toxicomanie et de l'Association d'intervention auprès des  
toxicomanes:*

M. Jeff Wilbee, directeur exécutif.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,  
retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Canadian Radiation Oncology Services:*

Dr. Thomas McGowan, President and Medical Director.

*From the Canadian Taxpayers Federation:*

Walter Robinson, Federal Director.

*From the Canadian Council of Churches:*

Stephen Allen, Member of Commission for Justice and Peace  
and Co-Chair of the Commission's Ecumenical Health  
Care.

*From Buffett Taylor Employee Benefits and Workplace Wellness  
Consultants:*

Edward Buffett, President and CEO.

*As an individual:*

Dr. Michael M. Rachlis.

*From the Medical Reform Group:*

Dr. Joel Lexchin.

*From the At Work Health Solutions Inc.:*

Dr. Arif Bhimji, President.

Gery Barry, President and Chief Executive Officer of Liberty  
Health.

*Des Canadian Radiation Oncology Services:*

Dr Thomas McGowan, président et directeur médical.

*De la Fédération des contribuables canadiens:*

Walter Robinson, directeur fédéral.

*Du Conseil canadien des Églises:*

M. Stephen Allen, membre de la Commission justice et paix  
et coprésident de la Commission oecuménique sur les soins  
de la santé.

*De Buffett Taylor Associates Ltd., société d'experts-conseils en  
avantages sociaux et en mieux-être au travail:*

M. Edward Buffet, président et directeur général.

*À titre personnel:*

Le Dr. Michael M. Rachlis.

*Du Medical Reform Group:*

Dr Joel Lexchin.

*De At Work Health Solutions Inc.:*

Dr Arif Bhimji, président.

M. Gery Barry, président-directeur général de Liberté Santé.

*(Continued on previous page)*

*(Suite à la page précédente)*





First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

SENATE OF CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

## Social Affairs, Science and Technology

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

Tuesday, October 30, 2001

Issue No. 38

**Thirty-first meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

WITNESSES:  
(See back cover)

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SÉNAT DU CANADA

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Le mardi 30 octobre 2001

Fascicule n° 38

**Trente et unième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Maheu
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Keon	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Maheu
Cook	Morin
Cordy	Pépin
Di Nino	Robertson
Keon	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

TORONTO, Tuesday, October 30, 2001

(42)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Confederation Room, The Fairmont Royal York Hotel, Toronto, Ontario, at 9:05 a.m., the Deputy Chair, the Honourable Marjory LeBreton, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin and Robertson (7).

*In attendance: From the Research Branch of the Library of Parliament:* Odette Madore.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

**WITNESSES:**

*From the Canadian Institute for Health Information:*

Michael Decter, Chairman, Board of Directors.

*From the Ontario Hospital Association:*

David MacKinnon, President and Chief Executive Officer.

*From the Registered Nurses Association of Ontario:*

Doris Grinspun, Executive Director.

*From McMaster University, Department of Economics:*

Jeremiah Hurley, Professor.

*From the University of Toronto, Public Health Science Department:*

Dr. Cameron Mustard, Professor.

*From the University of Toronto:*

Colleen Flood, Professor.

*From the Drug Trading Company Limited:*

Larry Latowsky, President and Chief Executive Officer;

Jane Farnham, Vice-President, Pharmacy.

*From the Canadian Pharmacists Association:*

Ron Elliott, President.

*From GlaxoSmithKline:*

Geoffrey Mitchinson, Vice-President, Public Affairs.

*From Medtronic:*

Donald A. Hurley, President.

*From the Canadian Association of Retired Persons:*

Lillian Morgenthau, President and Co-founder;

Dr. Bill Gleberzon, Associate Executive Director.

*From the Canadian Association for Community Living:*

Cheryl Gulliver, President;

Connie Laurin-Bowie;

Margot Easton.

**PROCÈS-VERBAL**

TORONTO, le mardi 30 octobre 2001

(42)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 h 05, dans la salle Confederation Room de l'hôtel Fairmont Royal York de Toronto (Ontario), sous la présidence de l'honorable Marjory LeBreton (*vice-présidente*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cordy, Keon, Kirby, LeBreton, Morin et Robertson (7).

*Aussi présente:* De la Direction de la recherche parlementaire de la Bibliothèque du Parlement, Odette Madore.

*Également présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

**TÉMOINS:**

*De l'Institut canadien d'information sur la santé:*

Michael Decter, président, Conseil d'administration.

*De l'Association des hôpitaux de l'Ontario:*

David MacKinnon, président directeur général.

*De l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario:*

Doris Grinspun, directrice exécutive.

*De l'Université McMaster, Département d'économie:*

Jeremiah Hurley, professeur.

*De l'Université de Toronto, Département des sciences de la santé publique:*

Dr. Cameron Mustard, professeur.

*De l'Université de Toronto:*

Colleen Flood, professeur.

*De la Drug Trading Company Limited:*

Larry Latowsky, président directeur général;

Jane Farnham, vice-présidente, Pharmacie.

*De l'Association des pharmaciens du Canada:*

Ron Elliott, président.

*De GlaxoSmithKline:*

Geoffrey Mitchinson, vice-président, Relations publiques.

*De Medtronic:*

Donald A. Hurley, président.

*De l'Association canadienne des personnes retraitées:*

Lillian Morgenthau, présidente et co-fondatrice;

Dr. Bill Gleberzon, directeur exécutif associé.

*De l'Association canadienne pour l'intégration communautaire:*

Cheryl Gulliver, présidente;

Connie Laurin-Bowie;

Margot Easton.

*From the Roeher Institute:*

Cameron Crawford, President.

*As Individuals:*

Clement Edwin Babb;

Robert S. W. Campbell.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

Mr. Decker made a statement and answered questions.

At 10:25 a.m., Ms Grinspun and Mr. MacKinnon made opening statements and answered questions.

At 11:30 a.m., Professor Flood, Dr. Mustard and Professor Hurley made opening statements and answered questions.

At 1:30 p.m., Senator Kirby took the chair.

Mr. Mitchinson, Mr. Elliott and Ms Farnham, on behalf Mr. Latowsky, made opening statements and answered questions.

At 2:45 p.m., Mr. Crawford, Ms Gulliver, Ms Laurin-Bowie, Ms Easton, Ms Hurley and Ms Morgenthal made opening remarks and answered questions.

At 4:10 p.m., Mr. Campbell and Mr. Babb made statements.

At 4:20 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

*De l'Institut Roeher:*

Cameron Crawford, président.

*À titre individuel:*

Clement Edwin Babb;

Robert S. W. Campbell.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi se trouve dans les Délibérations du comité, fascicule n<sup>o</sup> 2.*)

M. Decker fait un exposé, puis répond aux questions.

À 10 h 25, Mme Grinspun et M. MacKinnon font des exposés, puis répondent aux questions.

À 11 h 30, Mme Flood, M. Mustard et M. Hurley font des exposés, puis répondent aux questions.

À 13 h 30, le sénateur Kirby prend le fauteuil.

M. Mitchinson, M. Elliott et Mme Farnham qui parlent au nom de M. Latowsky, font des exposés, puis répondent aux questions.

À 14 h 45, M. Crawford, Mme Gulliver, Mme Laurin-Bowie, Mme Easton, M. Hurley et Mme Morgenthau font des exposés, puis répondent aux questions.

À 16 h 10, M. Campbell et M. Babb font des exposés.

À 16 h 20, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*Le greffier suppléant du comité,*

Denis Robert

*Acting Clerk of the Committee*



## EVIDENCE

TORONTO, Tuesday, October 30, 2001

Margot The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:05 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

[English]

**The Deputy Chairman:** Colleagues, this is the second day of our hearings in Toronto on our health care study. Our first witness today, whom I will now invite to the table, is Michael Decter, chairman of the board of directors of the Canadian Institute of Health Information.

Welcome and good morning, Mr. Decter.

**Mr. Michael Decter, Chairman, Board of Directors, Canadian Institute for Health Information:** Thank you very much, both for the invitation to be here and for the opportunity to read your very fine Volume 4.

**The Deputy Chairman:** Did you have a statement that you were going to hand out, Mr. Decter?

**Mr. Decter:** No, I have a few comments. When I was asked to appear, I was told to bring 25 copies of anything I wanted to leave with you. I was cruel enough to bring 25 copies of a book I wrote.

**Senator Morin:** You only need 24. I read it.

**Mr. Decter:** You read it. Well, it is actually not my most recent book, which was on more of an international theme. It is one I wrote shortly after escaping from the job of deputy health minister in Ontario. Some friends saw it as "grief writing."

Anyway, I will leave it with you, because it might give you more insight into my views.

I would like to make a few comments on the report and on CIHI, which I have the privilege of chairing.

I think the report is a very thorough piece of work. It does an excellent job of setting forth the issues, and particularly the available options. I had the benefit, through a lot of conversations with your chairman, of having a good deal of input. I do not praise it just on a surface read. A great deal of effort went into translating the work from the earlier volumes.

It is extraordinarily important. I would have to say that in our last federal election, we seemed incapable of having a real discussion of health care issues. We had, I thought, a very shallow outing, in policy terms. We normally pride ourselves on having greater depth in our political discourse than our American friends. Their last federal election, however, featured a rather thoughtful debate between the two candidates on drug coverage. They each put forward well-articulated plans. One could have chosen how to vote in the United States election purely on that issue. However,

## TÉMOIGNAGES

TORONTO, le mardi 30 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni aujourd'hui, à 9 h 05, pour examiner l'état du système de santé au Canada.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

[Traduction]

**La vice-présidente:** Chers collègues, nous en sommes à notre deuxième journée d'audiences à Toronto, dans le cadre de notre étude des soins de santé. Notre premier témoin aujourd'hui, que j'invite maintenant à la table, est Michael Decter, président du conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé.

Bonjour et bienvenue, monsieur Decter.

**M. Michael Decter, président du conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé:** Merci beaucoup de m'avoir invité à comparaître devant vous et de m'avoir donné l'occasion de lire votre très intéressant Volume 4.

**La vice-présidente:** Avez-vous une déclaration écrite que vous voudriez nous remettre, monsieur Decter?

**M. Decter:** Non, j'ai seulement quelques commentaires à formuler. Lorsqu'on m'a invité à comparaître, on m'a dit d'apporter 25 copies de tout document que j'aimerais vous soumettre. J'ai poussé la cruauté jusqu'à vous apporter 25 exemplaires d'un livre que j'ai écrit.

**Le sénateur Morin:** Nous n'en aurons besoin que de 24, car j'ai lu votre livre.

**M. Decter:** Vous l'avez lu? Je dois dire qu'il ne s'agit pas de mon plus récent livre, dont le thème est un peu plus international, mais du livre que j'ai écrit peu après avoir échappé à mon travail de sous-ministre de la Santé en Ontario. Des amis y ont vu le récit d'une mésaventure.

Quoi qu'il en soit, je vous le laisse, car il pourrait vous donner une meilleure idée de ce que je pense.

J'aimerais faire quelques commentaires sur le rapport et sur l'ICIS, dont j'ai le privilège d'être le président.

Le rapport m'apparaît très complet. Il réussit parfaitement à cerner les problèmes et, surtout, les solutions possibles. J'ai eu le bonheur d'y contribuer dans une large mesure au moyen des nombreuses conversations que j'ai eues avec votre président. Je ne juge pas le rapport simplement à partir d'une lecture superficielle. Beaucoup d'efforts ont été faits pour convertir le travail des volumes précédents.

Le rapport est extrêmement important. Je dirais qu'au cours des dernières élections fédérales, nos politiciens ont semblé incapables d'amorcer une véritable discussion sur les soins de santé. Les idées exprimées sur la question m'ont semblé plutôt creuses. Nous nous enorgueillissons habituellement de la profondeur de notre discours politique par rapport à celui de nos amis les Américains. Or, aux dernières élections fédérales aux États-Unis, les Américains ont eu droit à un débat intéressant sur l'assurance-médicaments entre les deux candidats à la présidence. Les deux ont

in the Canadian election, it would have been a little harder to discern the positions.

Let me leave politics aside and move to my presentation. To my understanding, the CIHI report on health care in Canada has already been circulated to the committee, so I did not bring 25 copies of that.

We put the CIHI report up on our Web site. The first one we produced, in 2000, was downloaded over 120,000 times. For an 80-page report on Canadian health care, that is rather astonishing. My publisher would be delighted if anything I wrote sold 5,000 copies. I think that speaks to the appetite of Canadians well beyond policy circles for quality information about health care. Our reports have had rather fulsome coverage on television and in the print media.

Two budgets ago, the Government of Canada made a big investment in enhancing the work CIHI has been doing, work largely supported by the provinces and hospitals. Your report touches on the point that one of the ways to improve the health care system and make it more accountable is to give Canadians much better information about it. I was delighted when first ministers committed last year to publishing indicators in 14 areas.

I worry that those indicators may not be making the progress they should. I do not really want to say more about that. I will just say that in general, the confidence of Canadians in the health system depends on getting good information, not only about what is working well, but about issues that cause them to lose confidence: Wait times, access issues, quality issues.

We are working very closely with Dr. Bernie Langer and the Royal College of Physicians and Surgeons to help in the initiative that they have taken with respect to the patient safety agenda, which is a remarkably important piece of work. The estimates, driven by rather macro assumptions, are that as many as 10,000 Canadians may lose their lives prematurely because of safety problems in the system.

I want to be very careful here, so I will stick to the ground of "patient safety." There is a tendency, sometimes, to tag this as "medical error," which immediately creates issues with the medical profession, who will be our allies in improving quality if we approach this properly. Many of these errors or problems with patient safety are not the result of one person doing something. They are a result of systems failure, from wrong medications to things as simple as people being fed at the wrong time. They require systems approaches to change them, much as aviation safety has required rather thorough changes in procedure. I think we could save many lives there. CIHI will do what it can to assist with better data.

présenté des plans bien articulés. La position de chacun des candidats sur la question a pu être déterminante dans le choix du président. Au cours des dernières élections fédérales canadiennes, par contre, il était un peu plus difficile de discerner les positions des différents partis.

Je vais maintenant laisser la politique de côté et passer à ma présentation. Étant donné que, à ma connaissance, le comité a déjà obtenu copie du rapport de l'ICIS sur les soins de santé au Canada, je n'ai pas jugé bon d'apporter 25 exemplaires de ce document.

Le rapport se trouve d'ailleurs sur notre site Web. Le premier que nous ayons produit, en 2000, a été téléchargé plus de 120 000 fois. Pour un rapport de 80 pages sur les soins de santé au Canada, c'est plutôt étonnant. Mon éditeur serait ravi que je vende 5 000 exemplaires de chacun de mes livres. Je pense que ces résultats témoignent de l'intérêt que portent les Canadiens, même en dehors des cercles politiques, pour une information de qualité sur les soins de santé. La télévision et la presse écrite ont parlé en long et en large de nos rapports.

Il y a deux budgets, le gouvernement du Canada a beaucoup investi dans le travail accompli par l'ICIS, largement appuyé par les provinces et les hôpitaux. Votre rapport précise qu'une meilleure information donnée aux Canadiens serait un des meilleurs moyens d'améliorer le système de santé et de le rendre plus transparent. J'étais très heureux lorsque les premiers ministres se sont engagés l'an dernier à rendre publics des indicateurs dans 14 secteurs.

Je crains cependant que ces indicateurs ne produisent pas l'effet escompté. Je ne veux pas vraiment élaborer là-dessus. Je dirai seulement que, de façon générale, la confiance des Canadiens dans leur système de santé repose sur une bonne information, à propos non seulement des choses qui fonctionnent bien, mais aussi des questions qui pourraient les porter à perdre confiance, comme les périodes d'attente, les difficultés d'accès et la qualité des soins.

Nous travaillons en étroite collaboration avec le Dr Bernie Langer et le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, qui ont entrepris un travail remarquablement important dans le but d'améliorer la sécurité des patients. Selon les prévisions, fondées sur des macrodonnées hypothétiques, jusqu'à 10 000 Canadiens pourraient perdre la vie prématurément en raison des problèmes de sécurité dans le système.

Je veux être très prudent ici, si bien que je m'en tiendrai à la sécurité des patients. On a parfois tendance à associer les problèmes en la matière à des «erreurs médicales», ce qui nous met tout de suite à dos le corps médical, qui sera notre allié pour améliorer la qualité des soins si on s'y prend correctement. Bon nombre des erreurs ou des problèmes de sécurité des patients ne sont pas le résultat d'une action faite par une personne, mais plutôt d'une défaillance du système, qu'il s'agisse de l'administration de mauvais médicaments ou de choses aussi simples que de nourrir un patient au mauvais moment. Il faut, pour renverser la vapeur, adopter une approche systémique, un peu comme on l'a fait dans le domaine de la sécurité aéronautique, où on a révisé les procédures en profondeur. Je pense que nous pourrions sauver ainsi bien des vies. L'ICIS fera de son mieux pour fournir de meilleures données.



Another point in your report that CIHI will comment on later this fall is the health human resource area. We devote a lot of time and discourse in Canada to financial issues. We have spent far too little time on the 750,000 people, whom I think of as genuine heroes, who get out of bed every morning and go to work in the health system. Until we stop taking those people for granted and seriously look at the issues that affect them, I do not think we can improve quality. We will be faced with the frustration of those groups, which often shows itself in financial demands: "We do not like the working conditions. The only demand we can really be heard on is wages. Therefore, we will take a very tough position on wages."

I now chair a committee, which is a real adventure, advising the deputy ministers on nursing. I am the only non-nurse out of a 16-person committee. Thankfully, the other 15 are very knowledgeable. There are very difficult issues. Nurses have a higher rate of injury, by a week in lost time, than other Canadian workers. We would find roughly 9,000 new nurses if we could just reduce their absentee rate to the average for the Canadian workforce.

Many, many nurses report physical violence and assaults directed at them. At a time when we want young people to consider nursing and other health care disciplines as careers, we very much need to improve the reality of the work. For a decade, we squeezed them financially. We took it for granted that dedication would keep them there. It did, largely, until the last few years, when a lot of spirits were broken.

I am a little concerned about some of the options for an expanded role for private insurance in your Options report. I understand that these are just options and that you are presently deciding which will be turned into recommendations. There is a comment in your report to the effect: Why are Canadians so concerned when 30 per cent of the system is already "private"?

The reality of the Canadian health care system is that what the private sector pays for and what individuals pay for is quite different from what is paid for from the public purse. We made a decision, rightly or wrongly, not to include dental coverage when we scoped medicare originally. That is a good chunk of what the private sector pays for. When I pay \$29 to park my car at a hospital, it is counted through the hospital budget as private spending. I do not think of that as private spending on health care, any more than if I buy a coffee at the Starbucks at Sick Kids. Drug coverage is a patchwork quilt, as your report points out.

Un autre point soulevé dans votre rapport sur lequel l'ICIS se prononcera plus tard cet automne est la question des travailleurs de la santé. On accorde beaucoup de temps et d'importance dans nos discours au Canada aux questions financières. Par contre, nous avons consacré très peu de temps aux 750 000 personnes, que je considère comme de véritables héros, qui quittent leur foyer chaque matin pour aller travailler dans le système de santé. Tant qu'on n'arrêtera pas de tenir ces personnes pour acquies et qu'on n'examinera pas sérieusement les problèmes auxquels elles font face, je ne crois pas que l'on puisse améliorer la qualité des services. Nous devons composer avec la frustration de ces travailleurs, qui se manifeste souvent dans des demandes financières. Ils n'aiment pas les conditions de travail et ont l'impression que l'employeur n'entend que les demandes concernant les salaires, si bien qu'ils adoptent une attitude ferme à cet égard.

Je préside actuellement un comité chargé de conseiller les sous-ministres en matière de soins infirmiers. C'est une véritable aventure. Je suis le seul non-infirmier(ère) sur un comité de 16 personnes. Heureusement, les quinze autres membres du comité connaissent très bien le sujet. Nous nous penchons sur des problèmes très sérieux. Le taux de blessures chez les infirmiers et infirmières est plus élevé que chez les autres travailleurs canadiens et leur fait perdre une semaine de travail de plus par année. Nous trouverions environ 9 000 nouveaux infirmiers et infirmières si nous pouvions juste réduire le taux d'absentéisme pour qu'il corresponde à la moyenne de la population active au Canada.

Bon nombre d'infirmiers et infirmières se disent victimes de voies de fait et d'agressions violentes. Si nous voulons que les jeunes envisagent de faire carrière dans les sciences infirmières ou dans une autre discipline de la santé, nous devons absolument améliorer le milieu et les conditions de travail. Pendant une décennie, les infirmiers et infirmières ont fait l'objet de graves compressions budgétaires. Nous avons tenu pour acquis que, par dévouement, ils resteraient à leur poste. La plupart l'ont fait, jusqu'à il y a quelques années, alors que beaucoup ont perdu courage.

Je m'inquiète un peu de certaines des solutions que vous avancez dans votre rapport concernant le rôle accru de l'assurance privée. Je comprends qu'il s'agit seulement de solutions possibles et que vous êtes en train de décider laquelle donnera lieu à des recommandations. Vous vous interrogez cependant dans votre rapport sur les raisons pour lesquelles les Canadiens sont si inquiets étant donné que 30 p. 100 du système est déjà «privé».

En réalité, dans notre système de santé, ce que paie le secteur privé et ce que paient les citoyens est bien différent de ce que paie le trésor public. On a décidé, à tort ou à raison, de ne pas inclure les soins dentaires dans l'assurance-maladie. Ces soins représentent une bonne partie de ce que paie le secteur privé. Lorsque je paie 29 \$ pour stationner mon véhicule à l'hôpital, cela est considéré dans le budget de l'hôpital comme des dépenses privées. Je n'y vois pas là une dépense personnelle pour des soins de santé, pas plus que si j'achetais un café au Starbucks à un hôpital pour enfants. L'assurance-médicaments est un ensemble de mesures disparates, comme vous le soulignez dans votre rapport.

I think Canadians are so concerned because they have not seen the need to buy private insurance for what they consider "health care" coverage. They welcome their employer paying supplemental benefits for drug or dental coverage, or for the private costs of a hospital stay. I worry sometimes that we have always had a tendency to say that we have a mixed system of provision. There are some genuine benefits in looking at where we might gain efficiency, where we might gain quality, by greater use of a mixed delivery system. I am very sceptical, however, that an expanded role for private insurance in the Canadian health care system represents a solution. Rather, it would represent some backsliding on the basic principles. Hence, I would urge the committee to tread carefully on that issue. It is great to offer these options. However, when Canadians talk about Canadian medicare, they largely mean the 70 per cent that is paid for from the public purse. The other 30 per cent is not really seen in the same light.

This goes to why the debate can be so divisive and why we do not more carefully consider where the private sector can contribute enormously to an improved health care system. Innovative companies that have improved our health care system with new drugs, new devices and new diagnostics have grown up across the country. They have the potential to make a remarkable contribution.

I was with Dr. Alan Bernstein when he delivered the Juda Volkman lecture on Friday, where there was ample evidence of the interest of Canadians in health research. Four hundred people came out on a Friday night in Toronto and paid \$12 to hear a lecture by a leading cancer expert. It was the first time that the Jane Mallett Theatre in Toronto has been full since September 11. Dr. Bernstein, in his comments, asked the audience to guess how much we spend per capita on medical research.

**Senator Morin:** Sixteen dollars.

**Mr. Decter:** Yes. He said, "Slightly less than I paid to park at this event tonight."

We have made a brave start in the Canadian Institutes of Health Research, but I think Canadians would be quite prepared to see us spend a little more than \$16 per capita on medical health research. Thank you very much.

**The Deputy Chairman:** As a former deputy minister of health, do you have any thoughts on the issue of home care, its impacts and how we should extend the services?

**Mr. Decter:** I do. I have been a passionate advocate of an expanded role for home care, and for bringing it fully into the Canada Health Act, for as long as I can remember, and for a couple of reasons. There was a move to shorten lengths of stay in our acute care hospitals. This was an efficiency move that I not only totally supported, but worked very hard to achieve. However, in doing so, we essentially shifted people home who no longer needed a hospital level of care, but still needed nursing care. We shifted some of the burdens of that nursing care onto family members. We shifted some of the cost of that nursing care onto

Je pense que les Canadiens s'inquiètent parce qu'ils n'ont pas senti le besoin de s'adresser au secteur privé pour se procurer ce qu'ils considèrent comme de l'assurance-santé. Ils sont heureux que leur employeur paie l'assurance dentaire ou l'assurance-médicaments, ou les coûts que doit assumer le particulier pour un séjour à l'hôpital. Cela me tracasse parfois que nous ayons toujours eu tendance à dire que nous avons un système d'assurance mixte. Nous aurions vraiment avantage à déterminer les gains en efficacité et en qualité que nous pourrions faire au moyen de l'usage accru d'un système d'administration mixte. Je doute beaucoup, cependant, qu'un rôle accru pour l'assurance privée dans le système canadien de santé représente une solution. Cela m'apparaîtrait plutôt comme un recul par rapport à nos principes fondamentaux. Par conséquent, j'invite fortement le comité à la prudence sur ce point. Il est très bien de proposer ces solutions. Toutefois, lorsque les Canadiens parlent de l'assurance-santé au Canada, ils ont surtout en tête la part de 70 p. 100 provenant des fonds publics. Les 30 p. 100 restants ne pas réellement perçus de la même manière.

Voilà pourquoi le débat peut être si déchirant et pourquoi nous n'envisageons pas plus sérieusement que le secteur privé puisse contribuer beaucoup à l'amélioration du système de soins de santé. Des sociétés innovatrices ont amélioré notre système de santé en mettant sur le marché de nouveaux médicaments, de nouveaux instruments et de nouveaux moyens d'analyse partout au pays. Elles peuvent apporter une contribution remarquable.

J'étais avec le Dr Alan Bernstein lorsqu'il a prononcé sa conférence sur les travaux de Juda Volkman vendredi, où on a eu une preuve convaincante de l'intérêt des Canadiens pour la recherche en santé. Près de 400 personnes ont versé 12 \$ ce soir-là pour assister à une conférence donnée par un spécialiste du cancer de renom. C'était la première fois depuis le 11 septembre que le Jane Mallet Theatre de Toronto faisait salle comble. Le Dr Bernstein a demandé à l'assistance de deviner combien d'argent on dépensait par habitant pour la recherche en santé.

**Le sénateur Morin:** Seize dollars.

**M. Decter:** Oui. Il a répondu: «Un peu moins que ce que j'ai payé pour mon stationnement aujourd'hui.»

Nous avons vu des progrès au sein des instituts canadiens de recherche en santé, mais je pense que les Canadiens aimeraient bien nous voir dépenser un peu plus que 16 \$ par habitant en recherche sur la santé. Je vous remercie beaucoup.

**La vice-présidente:** En tant qu'ancien sous-ministre de la Santé, que pensez-vous des soins à domicile, des conséquences qui s'y rattachent et de la façon dont on devrait offrir ces services.

**M. Decter:** D'aussi longtemps que je me souviens, j'ai toujours préconisé avec ardeur le recours aux soins à domicile et leur inclusion dans la Loi canadienne sur la santé, et ce pour différentes raisons. On a opté pour raccourcir la durée des séjours dans les centres hospitaliers de soins de courte durée. Il s'agissait d'une mesure à des fins d'efficacité que non seulement j'appuyais entièrement, mais que j'ai travaillé fort pour apporter. Cependant, en adoptant cette mesure, nous nous trouvons essentiellement à déplacer à la maison des personnes qui n'avaient plus besoin de soins hospitaliers, mais qui nécessitaient encore des soins



families. I call this "tacit privatization." I do not like that. I think we reneged a little on the deal. When one was in hospital, one's drugs and nursing care were covered, and now one is at home, we say they are partly covered.

That is not true across the country. Some provinces, Alberta notably, fully insure home care. They do not get a lot of credit for it in the rest of the country, but they should. They have laid some good ground. I do not think that expanding home care coverage needs to be a ruinous financial burden for the taxpayer. It is possible to draw some rules around what is legitimate home care related to a medical condition, and what might be a nice social service but not really health related. You have to be tough-minded about managing it.

Seven years ago, when I was deputy minister of health, the total health care budget in Ontario was \$18 billion. I think it is \$23 billion to \$24 billion now. Out of our budget, about \$1 billion was for home care. It was probably the best billion dollars we spent. It provided an opportunity to reduce some of the in-hospital stays. Those opportunities are a little more limited now than they once were. We have made great progress there. However, it also represented a great bargain in terms of supporting people strategically during their recovery. It would be a good investment for the country. It is much less tricky than investing in a drug plan. The drug plan option contends with corporate interests and forces, as we witnessed last week. Home care has good support from the public and the health community and does not have as big a price tag. I was disappointed it was not mentioned in the first ministers' communiqué of a year ago.

**Senator Morin:** Mr. Decter, I want to first of all congratulate you on your career and your work. I read your last book, *Four Strong Winds*, with great attention. I think it was excellent. The chapters on examples, especially at the end, were very instructive. I also commend you on your work as chair of CIHI. John Millar came before this committee twice and gave excellent advice. I would like to address the question of wait times, in which there is great interest.

As you know, access to health care delivery is currently one of the most important issues in our study. The only list of wait times we have is that of the Fraser Institute. When we were out West, I always asked, "Can you validate the Fraser Institute wait times?" In some cases, people said that they felt they were reasonable; in other cases, that they had little basis in fact.

I think it is an urgent issue. What, in fact, are the waiting lists for hip replacements? We need numbers so that we can compare one province to another. We know that many cancer patients from

infirmiers. Nous avons déchargé sur les familles une partie des responsabilités pour les soins infirmiers et des coûts qui s'y rattachent. J'appelle cela une privatisation tacite. Je n'aime pas cela. Je pense que nous avons manqué un peu à nos engagements. À l'hôpital, les coûts des médicaments et des soins infirmiers sont assurés; à domicile, ils ne sont que partiellement assurés.

Ce n'est pas le cas partout au Canada. Dans certaines provinces, comme en Alberta, les soins à domicile sont entièrement assurés. Le gouvernement albertain ne reçoit pas tout le crédit qu'il mérite sur ce plan dans le reste du pays. Pourtant, il a jeté d'excellentes bases. Je ne pense pas que l'expansion des soins à domicile gratuits soit une mesure ruineuse pour le contribuable. Il est possible d'établir des règles définissant ce qu'on considère comme des soins médicaux à domicile légitimes, et ce qui pourrait constituer un service social utile, mais qui n'est pas vraiment relié à la santé. Il faut être dur et inflexible pour gérer un tel système.

Il y a sept ans, lorsque j'étais sous-ministre à la Santé, le budget total de la santé en Ontario s'élevait à 18 milliards de dollars. Je pense qu'il s'est établi maintenant à 23 ou 24 milliards de dollars. De ce budget, environ 1 milliard de dollars était consacré aux soins à domicile. C'était probablement le montant que nous avions le mieux dépensé. Il nous permettait de raccourcir la durée de certains séjours à l'hôpital. Les possibilités de faire cela maintenant sont un peu plus limitées qu'à l'époque. Nous avons accompli beaucoup de progrès sur ce plan. Cependant, les soins à domicile représentent encore un excellent moyen au plan stratégique pour soutenir les gens pendant la durée de leur rétablissement. Ils demeurent un bon investissement pour le pays. Il est moins hasardeux d'investir dans ces soins que dans un régime d'assurance-médicaments. Un tel régime se heurte aux intérêts et aux influences des grandes sociétés, comme on l'a vu la semaine dernière. La population et le milieu de la santé sont très favorables aux soins à domicile, et ceux-ci ne coûtent pas aussi cher qu'on le croit. J'ai été déçu de voir que le communiqué émis par le premier ministre il y a un an n'en faisait pas mention.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Decter, je tiens d'abord à vous féliciter pour votre carrière et votre travail. J'ai lu votre tout dernier livre, *Four Strong Winds*, avec beaucoup d'attention. Je le trouve excellent. Les chapitres contenant des exemples, surtout à la fin, sont très instructifs. Je vous félicite également pour votre travail à la présidence de l'ICIS. John Millar a comparu deux fois devant notre comité et il nous a donné d'excellents avis. J'aimerais vous parler de la question des périodes d'attente, qui suscite beaucoup d'intérêt.

Comme vous le savez, l'accès aux services de santé est actuellement l'un des sujets les plus importants de notre étude. La seule liste des périodes d'attente dont nous disposons est celle fournie par l'Institut Fraser. Lorsque nous étions dans l'Ouest, j'avais l'habitude de demander si on pouvait valider les périodes d'attente indiquées par l'Institut Fraser. Certaines personnes disaient que ces périodes leur paraissaient raisonnables. D'autres prétendaient que les chiffres fournis ne s'appuyaient pas sur grand-chose.

Je pense que nous avons un problème urgent à régler. Quel est le temps d'attente au juste pour un remplacement de la hanche? Nous avons besoin de chiffres afin de pouvoir établir des

Canada are treated in the U.S. This means that there is a waiting list problem for those people. I would like your opinion. How soon we can get true waiting times from CIHI?

My other question deals with human resources. Every time one talks to health administrators about this, they say that as soon as there is any extra funding in the system, like the \$23 billion of a year ago, there is an immediate rash of illegal strikes around the country. Provincial governments cave in. All the extra resources go immediately into extra funding for the personnel.

The situation now is that non-clinical personnel in the health care system are paid more than those in the private sector. The best place for kitchen workers to work right now is in a hospital, because they are paid more than in any hotel. That is true for plumbers and so forth. There is a problem there. A strike at a hospital, or any other provider, is very difficult for the employer, especially if the employer is government.

I was interested in your comments concerning private insurance. Do you feel that we should have a single payer, which would be the government, and no private insurance? Would you object to multiple providers, including private providers? If so, would that include for-profit providers? How do you explain that nearly every European country, Australia and most of the OECD countries do have private insurance? As you know, Australia is actually promoting private insurance. There are 6 million people in the U.K. who have private insurance and go to private facilities. For them, private insurance is an important part of their health care system.

**Mr. Decter:** The issue of wait times is actually not with CIHI at the moment. It sits with the committee, led by Alberta, called PIRC. I got myself into rather deep trouble with the health minister recently, commenting on wait times. I will do it again this morning. The health ministers are very close to making a decision not to report wait times. I think this decision would directly renege on the commitment of first ministers. If they do that, they will be walking away from a very good statistical survey that Stats Canada is capable of fielding. Ivan Fellegi, who in my view is a remarkable public servant, has gone to enormous lengths to preserve a window for getting that survey in the field.

If the decision is taken not to do that, then I expect the Fraser Institute will fill the vacuum with what I think is a pretty dubious set of wait times. It is not that there is a conspiracy. It is just that doctors are going to have a very different view of wait times than patients, and both views will differ from the actual clinical wait times.

There are some legitimate objections to simply counting heads on a wait list if it is not prioritized clinically, but there is excellent experience. When I was deputy minister in Ontario, I had the wait times for the eight regional centres on my desk every morning,

comparaisons entre les provinces. Nous savons que de nombreux Canadiens atteints du cancer sont traités aux États-Unis. Cela signifie qu'il y a un problème d'attente pour ces personnes. J'aimerais connaître votre opinion. Quand allons-nous obtenir de l'ICIS des données sur les périodes d'attente?

Mon autre question porte sur les ressources humaines. Chaque fois que l'on aborde le sujet avec des administrateurs de services de santé, ils nous disent qu'aussitôt qu'on dispose de fonds supplémentaires dans le système, comme les 23 milliards de dollars d'il y a un an, survient une épidémie de grèves illégales à l'échelle du pays. Les gouvernements provinciaux finissent par céder et tous les fonds supplémentaires vont alors au personnel.

La situation est telle aujourd'hui que le personnel non clinique dans le système de santé gagne plus cher que les employés du secteur public. Le meilleur endroit pour travailler pour les employés de services alimentaires est dans un hôpital, car ils y sont mieux payés que dans n'importe quel hôtel. Cela est aussi vrai pour les plombiers et pour bien d'autres métiers. Il y a un problème. Une grève dans un hôpital, ou chez n'importe quel autre fournisseur de services, est très difficile pour l'employeur, à plus forte raison si cet employeur est le gouvernement.

Vos propos concernant l'assurance privée ont retenu mon attention. Croyez-vous qu'on devrait avoir un payeur unique, c'est-à-dire le gouvernement, et pas d'assurance privée? Vous opposeriez-vous à l'existence de fournisseurs uniques, y compris de fournisseurs privés? Le cas échéant, cela inclurait-il les fournisseurs à but lucratif? Comment expliquez-vous que tous les pays européens, l'Australie et la plupart des pays de l'OCDE aient recours à l'assurance privée. Vous n'ignorez pas que l'Australie fait actuellement la promotion de l'assurance privée. Il y a six millions de personnes au Royaume-Uni qui ont de l'assurance privée et se font soigner dans des établissements privés. Pour eux, l'assurance privée représente une partie importante de leur système de santé.

**M. Decter:** L'ICIS ne s'intéresse pas actuellement à la question des périodes d'attente. Un comité appelé CRPP, dirigé par l'Alberta, s'occupe de cette question. Je me suis personnellement attiré les foudres du ministre de la Santé récemment en faisant des commentaires sur les périodes d'attente. C'est ce qui va encore m'arriver ce matin. Les ministres de la Santé sont sur le point de décider de ne pas révéler la durée des périodes d'attente. Je pense que cette décision ira directement à l'encontre des engagements pris par les premiers ministres. S'ils font cela, ils renonceront à un très bon sondage que Statistique Canada est en mesure de mener. Ivan Fellegi, un fonctionnaire remarquable à mon avis, a fait des efforts considérables pour permettre la tenue d'un tel sondage.

Si on en décidait ainsi, il faudrait alors s'en remettre selon moi aux chiffres fournis par l'Institut Fraser, qui m'apparaissent assez douteux. Je ne vois pas là un complot. Il reste, cependant, que les médecins vont avoir une perception des périodes d'attente bien différente de celle des patients, et que ces deux perceptions seront différentes de la réalité.

On peut s'opposer de façon bien légitime au fait de compter les patients sur une liste d'attente si les cas ne sont pas classés par ordre de priorité, mais on peut en apprendre beaucoup en faisant cela. Lorsque j'étais sous-ministre de la Santé en Ontario, j'avais



and the wait times from the Cardiac Care Network for cardiac surgery. We made huge improvements because we could measure it. I could tell the minister that wait times were starting to rise beyond where they should be and we would have to do something about it.

Absent those statistics, if wait times are simply gleaned from a newspaper story or the Fraser Institute, then one does not know, with any credibility, what they are. I had great hopes for the Western Canada Waiting List Project, which was given \$2.2 million funding from Health Canada. Templates were as far as they got, I think.

**Senator Morin:** We had them as a witness. You are quite right.

**Mr. Decter:** This is not a hugely difficult, technical issue. We have too few imaging machines in Canada. We are proposing to add some. It would not be an enormously costly venture to simply find out from each person going through an MRI or a PET or a CAT scanner how long they waited from the time they were diagnosed to the time they were imaged.

It is critical, both from a management point of view and from a public confidence point of view. Virtually every dinner I go to, someone has a story, completely unverifiable, about cousin Matilda who had to go to Buffalo for an MRI.

I have never actually met anyone who went to Buffalo for an MRI. I do not know to what degree it is urban legend and to what degree a reality. However, if people are fearful, it erodes their confidence. You cannot run a short-length-of-stay acute care system without first-class diagnostics and short or no waits in those systems.

It is folly to have people fearful and waiting for a test. The test often removes the reason for the fear. The doctor says: "We see a shadow on your liver." You believe, as a patient, that you have been given a death sentence. That is only removed when the ultrasound or the CAT scan tells you that those marks, which 40 per cent of people have on their livers, are quite normal; or actually confirms that you do have a tumour or something.

I think it is unconscionable what we do to patients in this country. It is easy to say it did not really have an impact on your clinical outcome. You either had a tumour or you did not. However, those waits convince people that the system is not working.

Therefore, we need to measure wait times. I hope some courage prevails among health officials and health ministers, because a year from now, if the public is told that of the 14 indicators, the only one for which there are no data is wait times, they will conclude that elected officials are reluctant to be put those out because they are so long. I do not think they are universally long.

tous les matins sur mon bureau les périodes d'attente dans les huit centres hospitaliers régionaux, de même que celles du réseau des soins cardiaques, pour les chirurgies cardiaques. Nous avons apporté des améliorations énormes aux temps d'attente puisque nous pouvions les mesurer. Je pouvais prévenir le ministre dès que les périodes d'attente commençaient à dépasser un certain seuil et qu'il nous fallait réagir.

En l'absence de telles statistiques, s'il faut se fier aux chiffres donnés par les journaux ou par l'Institut Fraser, on ne peut pas être vraiment certain de ce que sont les périodes d'attente. Je fondais beaucoup d'espoir sur le projet des listes d'attente de l'Ouest canadien, dans lequel Santé Canada a investi 2.2 millions de dollars. Je pense que les gestionnaires de ce projet n'ont pas dépassé le stade de l'établissement de modèles pour la présentation de l'information.

**Le sénateur Morin:** Vous avez raison. Ils sont venus témoigner.

**M. Decter:** Il ne s'agit pas d'une tâche terriblement technique ou difficile. Il existe très peu d'appareils d'imagerie au Canada. Il ne coûterait pas tellement cher de demander à chaque personne qui passe un examen par IMR, TEP ou TDM combien de temps elle a attendu entre le moment du diagnostic et celui de l'examen.

C'est là une mesure extrêmement importante, tant pour la gestion que pour la confiance de la population. Presque chaque fois que je vais à un dîner, quelqu'un a une histoire absolument invérifiable à raconter à propos d'une cousine ou d'une voisine qui a dû aller à Buffalo pour subir un examen par IMR.

Je n'ai moi-même jamais rencontré quelqu'un qui soit allé à Buffalo pour subir un examen par IMR. J'ignore dans quelle mesure toutes ces histoires tiennent de la légende urbaine ou reflètent la réalité. Chose certaine, si les gens entretiennent des craintes, leur confiance s'émousse. On ne peut pas avoir un système de soins de courte durée sans diagnostics de première classe et des périodes d'attente courtes ou inexistantes.

Il n'est pas raisonnable de faire longtemps patienter pour un test des personnes qui craignent pour leur santé. Le test fait souvent disparaître les motifs d'inquiétude. Lorsque le médecin dit qu'il voit une ombre sur votre foie, vous croyez qu'il vient de prononcer votre arrêt de mort. Or, vous pouvez soupirer d'aise quand l'ultrason ou la TDM révèle que ces taches, qui apparaissent sur le foie d'environ 40 p. 100 de la population, sont plutôt normales, ou vous en avez le coeur net quand l'examen confirme la présence d'une tumeur ou autre chose.

Je trouve inconcevable tout ce qu'on fait endurer aux patients dans ce pays. Il est facile de dire que cela n'a aucune incidence sur la condition clinique du patient. Il a une tumeur ou il n'en a pas. Mais ces attentes portent la population à croire que le système ne fonctionne pas.

Il faut donc mesurer les périodes d'attente. J'espère que les ministres et les fonctionnaires de la santé ont du courage parce que, dans un an, si on dit à la population que le seul des 14 indicateurs pour lequel on ne dispose pas de données est celui des périodes d'attente, elle en conclura que ses élus hésitent à fournir des données à ce sujet parce que les périodes d'attente sont

My gut feeling is that there are some really bad situations that must be addressed, and others where wait times are not much of an issue. However, it is all tarred with the same brush.

Let me quickly go through the other points. Regarding health human resources: Yes, there is a huge issue when, any time you put money into the system, it is bargained into collective agreements. The CEO in Edmonton had a chat with me last week. She is concerned that a lot of RNs are taking home more than \$100,000 a year, much of it by doing excessive overtime.

I worry that we have replicated somewhat the model that we see in some industrial sectors, where people make a very good living, but work an enormous number of hours and pay a price in health and eventual longevity. It is the wrong model for the health sector. We need to be more creative. We need to be more tough-minded about the kind of settlements that we will accept. I do not begrudge anyone who works in the health sector a decent income, but the point of the health system is not to have the maximum number of employees. It is that if an illness can be treated with a pill rather than a scalpel, or with a home visit rather than a week in hospital and get the same result, we would ultimately prefer a smaller, more effective, least-intrusive means of treating illness.

I do not have an answer. I sometimes think that centralized bargaining was the wrong direction to go. Maybe we can do it through regionalization and allow wage rates to be sensitive to local realities. However, that is a difficult issue. In some of the provinces where centralized bargaining is the tradition in the public sector, there may be some trade-offs between current wages and better pension provisions as the labour force ages.

However, I do not have an easy answer. It is a very difficult for the government to face a strike in the health sector. People are genuinely aggrieved. They have had a tough decade and are looking to regain some ground.

You make a good point about private insurance. Many other OECD countries have some form of private tier. Many of them have a very different history from ours and a somewhat different spending pattern. The U.K., in particular, spends about 50 per cent less than we do on the health system. If Canada wanted to spend 6 per cent of GDP rather than 9.3 per cent or 9.4 per cent, then a case could be made for something to fill the gap. I believe we are more in the spirit of the Germans, the Swiss and the French, who used to spend a little less than we did, and now spend a little more because their populations have aged. I do think that if we want to keep a publicly insured system, we will have to gradually raise the share of GDP going to health. We do not have to go to the

tellement longues. Or, je pense qu'il faut savoir faire la part des choses. Mon petit doigt me dit qu'il y a des situations vraiment pénibles que l'on doit régler, mais qu'autrement les périodes d'attente ne sont vraiment pas un problème. Sauf qu'on a tendance à généraliser.

Je vais maintenant traiter rapidement des autres points. Pour ce qui a trait aux ressources humaines, je dirais que oui, nous avons un problème de taille lorsque, toutes les fois que de l'argent supplémentaire est injecté dans le système, il finit par passer dans les salaires au terme des négociations des ententes collectives. J'ai fait un brin de causerie la semaine dernière avec la pdg à Edmonton. Elle se dit préoccupée du fait que de nombreux infirmiers et infirmières gagnent plus de 100 000 \$ par année en faisant une quantité excessive de temps supplémentaire.

Je crains que nous ayons reproduit en quelque sorte le modèle que l'on voit dans certains secteurs de l'industrie, où les gens gagnent un très bon salaire, mais font un nombre incroyable d'heures de travail, hypothéquant ainsi leur santé et leur longévité. Ce n'est pas un bon modèle à suivre pour le secteur de la santé. Nous devons être plus créatifs. Il nous faut faire preuve d'une plus grande opiniâtreté en ce qui a trait au genre d'arrangements que nous allons accepter. Je ne reproche pas à un travailleur de la santé de se faire un revenu décent, mais l'important dans le système de santé n'est pas d'avoir le nombre maximal d'employés, mais de faire en sorte que si on peut traiter une maladie avec une pilule plutôt qu'avec un scalpel, ou avec une visite à domicile au lieu d'un séjour d'une semaine à l'hôpital, tout en obtenant le même résultat, on devrait faire usage de moyens plus simples, plus efficaces et moins perturbants pour traiter des patients.

Je n'ai pas de réponse. Je pense parfois que l'on a fait fausse route en négociant des ententes collectives centralisées. Peut-être qu'on devrait régionaliser ces ententes et ajuster les taux salariaux en fonction des réalités locales. Mais c'est là une question très délicate. Dans certaines provinces où les négociations collectives centralisées sont une tradition dans la fonction publique, on pourrait envisager de réduire ou de stabiliser les salaires actuels en échange de meilleures conditions de pension à mesure que la main-d'oeuvre vieillit.

Cependant, je n'ai pas de solution simple. Il n'est pas facile pour le gouvernement de composer avec une grève dans le secteur de la santé. Les employés se plaignent avec raison. La dernière décennie a été difficile pour eux et ils veulent reprendre une partie du terrain perdu.

Vous avez soulevé un bon argument à propos de l'assurance privée. Beaucoup d'autres pays membres de l'OCDE recourent à des fournisseurs privés. Bon nombre d'entre eux ont une histoire très différente de la nôtre et des habitudes de dépense assez différentes également. Le Royaume-Uni, par exemple, dépense environ 50 p. 100 de moins que le Canada dans les soins de santé. Si le Canada décidait de dépenser l'équivalent de 6 p. 100 de son PIB dans son système de santé, au lieu de 9,3 ou 9,4 p. 100 comme c'est le cas actuellement, il y aurait lieu de rechercher un autre moyen pour combler le vide. Je pense que nous nous apparentons plus aux Allemands, aux Suisses et aux Français, qui avaient l'habitude d'investir un peu moins que nous dans leur



Americans' level, but will have to grow health expenditures a little faster than we did in the mid-90s, although perhaps not as fast as in the last couple of years.

We have not yet seen all the positive effects on the system of the \$23 billion in the first ministers' communiqué. Hospital executives told me a year ago that they did not have the money to hire the staff they needed. Now they are saying they have the money but cannot find the staff to hire, which is a different issue.

There are all sorts of not-for-profit and for-profit providers. We have some for-profit lab companies that do a superb job. I happen to chair the board of St. Elizabeth Health Care, a large, Catholic, not-for-profit agency that provides about \$80 million worth of home care in Ontario. I would say Shirlee Sharkey is every bit as dynamic as any corporate CEO in the country. We do a very good job of providing that home care and we compete against for-profit players on a level playing field. St. Elizabeth is under the umbrella of public insurance, so patients do not have to worry about their coverage and can be assured that the home care worker coming through their front door will give them quality service.

I do not think private insurance is an answer. I have no objection to private insurance for services not included under public insurance coverage. However, it is a second-best answer. The best answer is for the public sector to live up to its responsibilities to properly fund the system we have. There is some room for efficiencies, but I take very seriously what your report points out. That is, if I am an advocate of expanded coverage of home care, then I have to be willing to say how that should be paid for. In that case, I would recommend paying for it out of tax revenues.

I do not think that at the end of the day, we can have a European level of social services and an American level of taxation. I am quite willing, as a Canadian, to pay more taxes than the people to the south because I think we get a good deal more out of our public system. That is an unpopular position in Canadian society today. However, back in Tommy Douglas's day, people believed in balanced budgets and in paying for the public services that they were receiving. We got ourselves into a bit of a jam with debts and deficits. As a country, we have shown great courage in working our way out of that, as has our finance minister. I believe, however, that Canadians are willing to pay a little more for medical research and for a properly funded health care system.

système de santé, mais qui maintenant investissent un peu plus que nous, parce que leur population a vieilli. J'estime que si nous voulons conserver notre système de santé public, il nous faudra hausser graduellement la part du PIB que nous consacrons à la santé. Nous n'avons pas besoin d'atteindre le niveau atteint par les Américains, mais nous devons augmenter nos dépenses en santé un peu plus rapidement que nous l'avons fait au milieu des années 90, quoique peut-être pas aussi rapidement que dans les quelques dernières années.

Nous n'avons pas encore constaté tous les effets positifs dans le système des 23 milliards de dollars annoncés dans le communiqué du premier ministre. Les dirigeants d'hôpitaux m'ont dit il y a un an qu'ils n'avaient pas l'argent nécessaire pour embaucher le personnel dont ils avaient besoin. Maintenant, ils disent qu'ils ont l'argent voulu, mais qu'ils ne peuvent pas trouver du personnel, ce qui constitue un problème différent.

Il y a toutes sortes de fournisseurs à but non lucratif ou à but lucratif. Je connais quelques laboratoires qui accomplissent un travail remarquable. Je m'adonne à présider le conseil d'administration du St. Elizabeth Health Care Centre, un gros organisme catholique à but non lucratif qui offre pour environ 80 millions de dollars en soins de santé en Ontario. Je dirais que Shirlee Sharkey, sa directrice, est aussi dynamique que n'importe quel autre pdg d'entreprise au Canada. Le centre offre de très bons services de soins à domicile et peut lutter à armes égales avec les organismes à but lucratif. Le centre est financé par l'assurance publique, si bien que les patients n'ont pas à s'inquiéter au sujet des coûts, et ils ont l'assurance que le travailleur de la santé qui se présentera à leur porte leur fournira un service de qualité.

Je ne pense pas que l'assurance privée soit une solution. Je n'ai pas d'objection à ce qu'elle couvre les services qui ne sont pas fournis par l'assurance publique. Elle m'apparaît néanmoins comme la deuxième meilleure solution, la première étant que le secteur public assume ses responsabilités en finançant correctement le système que nous avons. Il y a place à des améliorations, mais je prends très au sérieux un des points soulevés dans votre rapport, soit que si on préconise une expansion des soins à domicile, il faut être en mesure de dire comment on devrait payer ces soins. Dans ce cas, je dis qu'on doit les payer à même les revenus d'impôt.

Je ne crois pas que, du jour au lendemain, nous puissions avoir le niveau de services sociaux des Européens ou le niveau d'imposition des Américains. Je suis disposé, en tant que Canadien, à payer plus d'impôts que nos voisins du Sud, parce que je suis convaincu que notre système public de santé est beaucoup plus avantageux. Ce n'est malheureusement pas une opinion très populaire dans la société canadienne d'aujourd'hui. À l'époque de Tommy Douglas, les gens croyaient dans des budgets équilibrés et des services publics payés à même l'impôt des contribuables. Nous avons depuis accumulé des dettes et des déficits. Le pays, tout comme le ministre de Finances, fait preuve de beaucoup de courage pour se tirer de ce pétrin. Je pense malgré tout que les Canadiens sont disposés à payer un peu plus pour la recherche médicale et un système de santé financé convenablement.

**Senator Keon:** There is not a lot of time left, Madam Chair. I have about 10 things I would like to discuss with Mr. Decter, so you will have to cut me off.

I want to return to the home care situation for your comment. Jeff Lozon appeared before the committee yesterday and we briefly discussed the concept of regionalization, which is back in the pages of the *Ottawa Citizen* today. That newspaper is parading my name out again because of the brief I wrote.

When the CEOs from Calgary and Edmonton came before us, it struck me that home care works, and I think it works because of regionalization. I am aware of a number of question marks on regionalization. However, Mr. Lozon has had this idea, since he was deputy minister, of a sort of "super board" of bureaucrats that would fundamentally usurp the authority of the deputy minister, but that would have a life. It would be ongoing and there would be continuity, as opposed to a new deputy minister every two years.

I did not have time to debate it with him for very long. However, it has always been my view that that would be too big. I believe the big barrier to the regionalization concept in Ontario was always, how could Toronto be regionalized? Every time the government tries to plan something, Ontario presents this issue. Can you see the concept of regionalization working, for example, in Northern, Eastern and Western Ontario, while not regionalizing Toronto? It is not manageable anyway.

**Mr. Decter:** Occasionally, I have some regrets about my time in public service. My greatest regret is that we did not push ahead in the early 1990s, after Earl Orser completed his report, with Southwestern Ontario as a region. We did not because there were enormous capital-cost implications. It came just before the downsizing, so it had enormous appeal. The regional population was about 1.2 million, which is at the high end of what is practical for a region. Toronto is too big to work as a region. The price was a huge capital investment to rebuild a lot of facilities that were probably already too big. Therefore, we did not do it. Not only I, but also the premier and the cabinet, just did not support it.

The evidence is overwhelming that some of the really small regions do not work. This is why Saskatchewan has to come down from 30 to maybe a dozen regions. The regions in Alberta, ranging from a population high in Calgary and Edmonton of 750,000, to a low of about 50,000 to 100,000, work really well. You can sense it when you talk to them. There is actually someone who can move money and resources on a daily basis to deal with the problems. For example, the problem of emergency room overcrowding in Edmonton is not dealt with by a lot of ambulances taking sick people from place to place looking for a slot. It is dealt with by the public health doctor who runs a flu

**Le sénateur Keon:** Il ne reste plus beaucoup de temps, madame la présidente, et il y a une dizaine de choses dont j'aimerais discuter avec M. Decter. Il vous faudra donc m'interrompre.

Je voudrais revenir sur la question des soins à domicile. Jeff Lozon a comparu devant le comité hier et nous avons brièvement discuté avec lui du concept de régionalisation ce dont il est question dans l'édition d'aujourd'hui du *Ottawa Citizen*. Ce journal fait encore une fois mention de mon nom en raison du mémoire que j'ai écrit.

Lorsque les pdg de Calgary et d'Edmonton sont venus nous rencontrer, j'ai été frappé de constater que les soins à domicile fonctionnent, et je pense qu'ils fonctionnent à cause de la régionalisation. Je suis conscient du nombre de points d'interrogation que soulève la régionalisation. Cependant, M. Lozon, en sa qualité de sous-ministre, a eu l'idée d'une espèce de «super conseil» de bureaucrates qui usurperait essentiellement l'autorité du sous-ministre, mais qui aurait une vie. Ce conseil existerait en permanence et assurerait une certaine continuité, contrairement à un sous-ministre qui se fait remplacer tous les deux ans.

Je n'ai pas pu discuter de cela avec lui pendant bien longtemps, mais j'ai toujours été d'avis que la régionalisation est une mesure trop grosse à avaler. Je pense que le principal obstacle au concept de régionalisation en Ontario a toujours été de savoir comment on pourrait régionaliser Toronto. Chaque fois que le gouvernement essaie de planifier quelque chose, l'Ontario revient avec cette question. Le concept de régionalisation pourrait-il fonctionner dans le nord, dans l'est ou dans l'ouest de l'Ontario, par exemple, sans qu'on régionalise Toronto? Ce n'est pas une solution pratique de toute manière.

**M. Decter:** Il m'arrive de regretter mon séjour dans la fonction publique. Mon plus vif regret est de ne pas avoir été de l'avant avec le projet de régionalisation du sud-ouest de l'Ontario au début des années 90, après la parution du rapport d'Earl Orser. Nous ne l'avons pas fait en raison du coût énorme des investissements que cela impliquait. C'était juste avant que nous procédions à des réductions d'effectifs, et la tentation était très forte. La population de la région s'établissait à 1,2 million d'habitants, ce qui était juste à la limite du nombre pratique pour une région. La ville de Toronto est bien trop grande pour fonctionner comme une région. La reconstruction de bon nombre des installations probablement déjà trop imposantes exigeait un investissement énorme de capitaux. C'est la raison pour laquelle nous n'avons pas agi, pas seulement moi, mais le premier ministre et le cabinet, qui n'appuyaient pas le projet.

On dispose de preuves écrasantes démontrant que la régionalisation ne fonctionne pas dans les régions vraiment petites. Voilà pourquoi la Saskatchewan a réduit de 30 à une douzaine le nombre de ses régions. La régionalisation en Alberta, où la population des régions varie entre 750 000 habitants dans les endroits les plus peuplés comme Calgary et Edmonton, et 50 000 à 100 000 habitants dans les endroits moins peuplés, fonctionne vraiment bien. On peut le sentir quand on parle aux Albertains. Il y a toujours quelqu'un qui peut transférer des sommes d'argent ou des ressources à tout moment pour solutionner des problèmes. Par exemple, on n'a pas réglé le



immunization campaign. It is dealt with by opening some long-term care beds and expanding home care. Everyone can sit around a table and discuss how to resolve an issue. In Toronto, you would need the Sky Dome to put all the players around a table.

A big place would have been needed in Edmonton before regionalization. There were 14 hospital boards, home care, and all the agencies. It is heretical to say it in Ontario, but many people who served most of their careers here are onside with regionalization. Tom Closson is a good example. He ran Sunnybrook and is now with the University Health Network. He did a stint in Victoria and absolutely supports regionalization. It simply works better. You get your arms around a bigger piece of it.

In Ontario, I think we are getting into quasi-regionalization. I was down in Sudbury one week, where they have one hospital, a district health council and a CCAC for home care. If those groups work together, they can come pretty close to being able to do something regionally. On the other hand, if one of them is not onside, a turf war can start, which is not helpful.

Toronto has to come down to five or six systems. You could never have one region here, but you could have a couple of academic systems and some community systems, maybe one for women and children, as in Vancouver, and maybe a Catholic one. I spent years in the trenches trying to do that and it is not easy. Even if the owners are onside, there are a lot of "antibodies" to regionalization in Ontario. Part of it is history. Part of it is that the hospitals pre-dated medicare. The idea of their being subsumed is very tough to accept. I believe Ontario will get there, but it will be painfully slow and incremental.

It is very hard to do some of the integrated care, where regionalization shows some benefits, as in Edmonton and Calgary.

**Senator Keon:** Mr. Decter, may I have your comments on the information and communication technology issue as it relates to regionalization? As I have told other witnesses, I have given up on the big, central information-technology concept. I believe it will never happen. I have spent my whole career, either on the scientific end or health care end, working on committees. They all ended in the same place. I believe now that the only way we can do it can be likened to the American army, where Private Jones has his dog tag, which is his health record. All Canadian citizens should have a health card that is their health record. Then there is the question of repositories. A witness before us yesterday from the OMA felt very strongly that the repository had to be in the

problème des salles d'urgence bondées à Edmonton en déplaçant le gens en ambulance d'un hôpital à l'autre jusqu'à ce qu'on leur trouve une place, mais en lançant une campagne de vaccination contre la grippe, en ouvrant de nouveaux lits pour les soins de longue durée et en étendant les soins à domicile. Tout le monde peut s'asseoir à une table et discuter de moyens de résoudre un problème. À Toronto, cependant, il faudrait réserver le Sky Dome pour réunir tous les intervenants sous un même toit.

On aurait eu besoin d'un gros amphithéâtre à Edmonton, avant la régionalisation, afin de réunir les représentants des conseils d'administration des 14 hôpitaux, des soins à domicile et de tous les organismes de santé. Il est hérétique de dire cela en Ontario, mais bon nombre des personnes qui ont passé la majeure partie de leur carrière dans cette province sont d'accord avec la régionalisation. Tom Closson nous en fournit un bon exemple. Il a dirigé l'hôpital de Sunnybrook et fait maintenant partie du réseau universitaire de la santé. Il a fait un bref séjour à Victoria et il appuie totalement la régionalisation. Ce système fonctionne tout simplement mieux. Il permet de gérer une plus grande quantité de ressources.

Je pense que l'Ontario se dirige vers une quasi-régionalisation. Je suis allé une semaine à Sudbury, où il y a un hôpital, un conseil régional de santé et un centre d'administration des soins à domicile. Si ces groupes travaillaient ensemble, ils seraient bien près de former un service de santé régional. Par contre, si l'un d'entre eux décidait de faire sa petite affaire, une guerre de territoire pourrait éclater, ce qui serait bien malcommode.

La ville de Toronto dispose maintenant de cinq ou six systèmes. On ne peut pas gérer Toronto comme une région, mais il est possible d'y exploiter différents systèmes, comme des hôpitaux universitaires et des hôpitaux communautaires, peut-être un hôpital pour les femmes et les enfants et même un hôpital catholique. J'ai travaillé pendant des années dans les tranchées pour tenter d'implanter ce concept, mais ce n'est pas facile. Même si les propriétaires des établissements de santé sont d'accord, il y a beaucoup d'adversaires de la régionalisation en Ontario. C'est en partie pour des raisons historiques, parce que les hôpitaux existaient avant l'assurance-maladie. L'idée d'être subordonné à une entité supérieure est très difficile à accepter. Je pense que la régionalisation se fera en Ontario, mais que ce sera un processus extrêmement long et progressif.

Il est très difficile d'assurer certains soins intégrés, dont la régionalisation nous a démontré les avantages, notamment à Edmonton et à Calgary.

**Le sénateur Keon:** Monsieur Decter, puis-je savoir ce que vous pensez de la technologie de l'information et des techniques de communication en ce qui a trait à la régionalisation. Comme je l'ai mentionné à d'autres témoins, j'ai renoncé au grand concept d'une banque centrale de données. Je crois qu'il ne se concrétisera jamais. J'ai passé toute ma carrière à siéger à des comités sur les sciences et la santé. Ils sont tous arrivés aux mêmes conclusions. Je pense maintenant que la seule façon de fonctionner serait à la manière de l'armée américaine, où le soldat Untel a sa plaque d'identité, qui constitue son dossier de santé. Tous les citoyens canadiens devraient avoir leur fiche de santé, qui constituerait leur dossier de santé. Et puis il y a la question des registres. Un témoin

doctor's office. He said that most of the time, the patients will not carry their health cards and so on; that it would be a struggle to implement.

However, regionalization would simplify the repository concept. Obtaining relevant data for bodies like CIHI and Health Canada, and for the provinces, which need it for their financial planning, would be simpler. Obtaining this information is a much larger problem as the system works now. We ask people to surrender their privacy to make it possible to create data repositories that we can use for economics.

Could you offer comments on that?

**Mr. Decter:** I think Canadians are quite willing to share their health care information if they believe there is some benefit to be derived. For example, people are quite willing to give health information to Shoppers because they get back not just a bottle of pills, but a great deal of information about the drugs and about the disease. If there is a tangible payback, people will populate the data record themselves, to the degree they are able. We are seeing that with our hip and joint registry, which I think will be a valuable addition to the Canadian health system that CIHI is developing. The Scandinavians are 20 or 30 years ahead of us on this.

Two types of data need to be considered separately. There is the kind of data that we need to develop policy and manage the system, most of which does not need a personal identifier on it. We are moving to try and do that in real time, instead of with two- and three year-old data. We want hospitals to submit their data within three months. Eventually, I would like to see it in real time. One should be able to hit a button and populate the database. People could benchmark. We have had an enormously positive response to an initiative we took to allow people to benchmark pretty much in real time by submitting their data.

That problem will be solved, although it needs some investment. You raised the much more difficult problem of people's identified health record. There we are into a real tug of war between a number of parties. The privacy commissioners have become very powerful. Historically, the physicians, who remain very powerful, have owned the medical record. People do not understand that, thinking that in this consumer world we live in, they own their own medical record. Hence when the issue is raised, people are surprised: "What do you mean it isn't mine?"

I do think the idea of a data bank will develop from the bottom up, not from the top down. Any suggestion that it would be sensible to have a huge data bank in Ottawa has no point and will be fiercely resisted. We saw Bruce Phillips, as privacy commissioner, fire one shot and the HRDC database was shut down and

de l'OMA que nous avons accueilli hier croit fermement que les registres doivent se trouver dans le bureau du médecin. Il a prétendu que, la plupart du temps, les patients oublieront d'apporter leur fiche médicale et ainsi de suite, et qu'il serait difficile d'implanter l'usage de telles fiches.

Cependant, la régionalisation simplifierait le concept des registres. Il serait plus facile, pour des organismes comme l'ICIS et Santé Canada, et pour les provinces, d'obtenir les données pertinentes dont ils ont besoin pour leur planification financière. Dans les conditions actuelles, il est beaucoup plus compliqué d'obtenir ce genre d'information. Nous demandons aux gens de renoncer à la confidentialité de l'information qui les concerne afin de créer des registres devant servir à des fins économiques.

Pouvez-vous commenter là-dessus?

**M. Decter:** Je pense que les Canadiens sont parfaitement disposés à mettre en commun l'information sur les soins de santé s'ils croient pouvoir en tirer profit. Ainsi, les gens veulent bien fournir de l'information sur leur santé au pharmacien parce qu'ils obtiennent en retour non seulement une bouteille de comprimés, mais une foule de renseignements sur les médicaments qu'ils consomment et sur leur maladie. S'ils peuvent en tirer un avantage tangible, les gens vont donner toutes les données possibles les concernant au registre. Nous constatons le phénomène dans notre registre de données sur les blessures à la hanche et aux articulations, qui sera à mon avis un ajout utile au système de renseignements sur le système canadien de santé que l'ICIS est en voie de mettre sur pied. Les Scandinaves ont de 20 à 30 ans d'avance sur nous dans ce domaine.

Il faudra examiner séparément deux types de données. Il y a ce genre de données dont nous avons besoin pour élaborer des politiques et gérer le système, et dont la plupart ne nécessitent pas un identificateur personnel. Nous tâchons de travailler avec des données à jour, plutôt qu'avec des données datant de deux ou trois ans. Nous voulons que les hôpitaux soumettent leurs données dans les trois mois. Un jour, nous aimerions qu'ils nous les communiquent immédiatement, en actionnant simplement un bouton. On pourrait alors établir des points de repère. Nous avons reçu une réaction extrêmement positive à un projet où nous laissions les gens procéder à un étalonnage en temps réel en soumettant eux-mêmes les données les concernant.

Ce problème sera résolu, bien qu'il nécessitera certains investissements. Vous avez aussi soulevé le problème beaucoup plus compliqué des dossiers de santé portant le nom de la personne. Un certain nombre d'intervenants se livrent à ce propos à une véritable partie de bras de fer. Les commissaires à la vie privée ont acquis beaucoup de pouvoirs. Les médecins, qui sont demeurés très puissants, avaient l'habitude de conserver les dossiers médicaux. Les gens ne sont pas conscients de cela, croyant que dans ce monde de consommateurs où nous vivons, ils possèdent leur propre dossier médical. Ils sont surpris quand on leur apprend que le dossier les concernant ne leur appartient pas.

J'estime que l'idée d'une base de données partira du bas pour aller vers le haut, et non le contraire. De prétendre qu'il serait sage de mettre sur pied une grosse base de données à Ottawa ne mènerait à rien et entraînerait de vives réactions. Nous avons vu Bruce Phillips, en sa qualité de commissaire à la vie privée,



wiped out, destroying an enormous resource for research, because nobody was willing to defend it.

CIHI has gone to some length to ensure privacy. We have consulted with privacy commissioners. I believe it will have to be a voluntary act, whether through a "dog tag" or on the Internet, whereby people will be willing to give their medical information in an electronic form in the expectation of getting something back. That could be either a bulletin with the latest information on diabetes or asthma or some disease of relevance to them, or genetic screening.

I do not know what the gift will be, but it will have to be part of a new, more informed deal for the patient. I expect a lot of cooperation, but not if it remains a kind of provider/government/institution issue. We have to engage the public and tell them that we do not want this information to share with their employer so they can be fired. We do not want this information to violate their privacy. We want this information to do a better job of looking after them.

We need to have some courage, go to the public and make them a sensible offer. I too have spent a lot of time in committees and meetings where people design fancy database architectures. Then when they are taken to cabinet, the ministers quite rightly say: "Would not \$500 million buy us peace with the nurses and doctors for a couple of years, rather than some computers in a room somewhere?" The deputy ministers acknowledge it would. The cabinet then concludes they are all in favour of the investment, but it can wait until next year. Then it becomes a "next year" kind of project.

I spent some time with Eric Maldoff and learned that there is currently \$500 million in an account that could be used to trigger several billion dollars worth of sensible investment across the country. However, the public must support the effort or it will fail. We need some leadership, rather than a fight about who owns the record. Who owns anything in the present world? The information will be there. I do not think that it must be definitely owned by either the doctor or the patient. It could be a shared resource.

I do not have an easy answer, but I believe your instinct is right: It will develop from a bottom-up commitment by individuals into some kind of framework, rather than from something top-down.

**Senator Keon:** Mr. Decter, given the complexities we are facing, with some services paid for and some being delisted, and with this business of private insurance, I believe we have to separate care provider and evaluator. As far as possible, we should remain with a single payer. There already are, and will be more, private insurance schemes. As long as they can meet the standards

s'élever contre la base de données de RHDC et forcer le démantèlement de cette base, nous privant ainsi d'une ressource fort importante pour la recherche, tout cela parce que personne n'a eu le courage de défendre l'existence de cette base.

L'ICIS a fait des efforts pour garantir la confidentialité de l'information. Il a consulté les commissaires à la vie privée. Je crois que la communication de renseignements médicaux devra se faire de façon volontaire, au moyen d'une «plaque d'identité» ou d'Internet, en utilisant un formulaire électronique, moyennant quelque chose en retour. Il pourrait s'agir d'un bulletin contenant la plus récente information sur le diabète ou l'asthme, ou toute autre maladie dont souffre la personne, ou encore d'un dépistage génétique.

J'ignore quel sera l'incitatif retenu, mais il faudra qu'il fasse partie d'une nouvelle structure d'information profitable au patient. Je m'attends à une grande coopération de la part de la population, sauf si le fournisseur de soins, le gouvernement et l'institution sont les seuls à tirer avantage du projet. Il faut engager la participation de la population et l'assurer que l'information à son sujet ne sera pas communiquée à l'employeur, ce qui risquerait d'entraîner des licenciements. On ne veut pas porter atteinte à la vie privée des gens. On veut tout simplement de l'information pour mieux s'occuper d'eux.

Nous allons devoir prendre notre courage à deux mains et faire une offre raisonnable au public. J'ai moi aussi passé beaucoup de temps dans des comités et des réunions à examiner des architectures de bases de données complexes. Lorsqu'on présentait ces projets au cabinet, les ministres nous répondaient souvent, avec raison: «Mais avec 500 millions de dollars, ne pourrions-nous pas acheter la paix avec les infirmières et les médecins pendant quelques années, au lieu de faire l'acquisition d'ordinateurs qui seront branchés dans une pièce en quelque part?» Les sous-ministres devaient s'incliner. Les ministres du cabinet concluaient alors qu'ils étaient tous en faveur de l'investissement, mais que celui-ci devait attendre l'année suivante. Et nous avions alors un projet que l'on reportait d'année en année.

J'ai passé quelque temps avec Eric Maldoff et j'ai appris qu'une somme de 500 millions de dollars est conservée dans un compte pouvant servir à investir sagement plusieurs milliards de dollars partout au pays. Or, on doit pouvoir compter sur l'appui de la population, sinon on risque l'échec. Nous avons besoin de leadership, pas de déchirements à propos de l'identité du détenteur du dossier. Après tout, qui possède quoi que ce soit dans le monde d'aujourd'hui? L'information sera là. Je ne pense pas qu'elle doive appartenir au médecin plus qu'au patient, ou vice versa. Il faudrait que la propriété de cette ressource soit partagée.

Je le répète, je n'ai pas de réponse simple, mais je pense que votre instinct ne vous trompe pas: il faudra s'assurer au départ la participation et l'appui de la population pour établir une sorte de cadre, et non imposer à celle-ci un système qu'elle n'a pas choisi.

**Le sénateur Keon:** Monsieur Decter, compte tenu de la complexité de notre système, où des services sont payés et d'autres ne le sont pas, et où l'assurance privée peut intervenir, je pense que nous devons faire la distinction entre les fournisseurs de soins et les évaluateurs. Autant que possible, nous devrions conserver la formule du payeur unique. Il existe déjà des régimes

of the evaluator. I do not believe it matters who provides. It would be very important to have government or public supervision of the evaluator. Whether that turns out to be the Fraser Institute, CIHI, Stats Can or some of the provincial agencies does not appear to matter, provided it meets a given standard. Would you comment on that concept, please?

**Mr. Decter:** We have a very good piece of legislation in Ontario, which has been rather uncontroversial compared to that in Alberta, called the Independent Health Facilities Act, which was put into place back in the late 1980s. It is a regulatory statute that provides some important checks on the expansion of independent, private health facilities.

It requires some form of needs assessment. The district health council has to decide that there is actually some need for a facility of that type. It provides for the government to pay the bill.

It is mostly used for radiology clinics. There was a lot of grandfathering, if that is still a politically appropriate term, and a lot of allowing existing facilities into the fold, although some toughness too. To the amusement of some of the staff at the ministry I then headed, one enterprising radiologist X-rayed his mother on a number of vacant parking lots in downtown Toronto and applied for licences under the grandfather provision in case he wanted to build an X-ray facility on any of those lots in the future. The licences were not granted.

However, it is a mechanism for saying there should be a framework and some regulation, because the technology is moving in that direction. Many procedures that used to be hospital based are going to be performed in clinics or may become physician office based. Laser eye clinics, and a whole range of services, are going to be enabled by technology that is less invasive and faster. We may not owe the public insurance to cover the services of a laser eye clinic. I would be willing to debate that. Certainly, however, we have an obligation, as a society, to offer them some safety and efficacy. If one wants to buy a car, it is "caveat emptor." However, if one should require some medical treatment, even if paying for it oneself, it should be ensured not only that the service is being performed by a certified health professional, but that the clinic is operating under some regulatory umbrella.

I think there should be some regulatory expansion of that at the provincial level. This is not because I like red tape, but because the public believes somebody is worrying about the safety and quality issues, and I am not sure that that is always the case. We had a stupendous failure of the blood system. I spent a lot of time with Krever, pre-Krever. It was very clear that we were asleep at the regulatory switch. We licensed blood centres but did not inspect them. We did nothing to ensure that what they were doing was safe. We simply issued licences, a matter of sending a form. That is not what the public expects.

d'assurance privée, et il y en aura d'autres. Tant et aussi longtemps qu'ils répondront aux normes de l'évaluateur, je pense que l'identité des fournisseurs de soins importe peu. La supervision de l'évaluateur par le gouvernement ou par le public sera cependant très importante. Peu importe qu'il s'agisse de l'Institut Fraser, de l'ICIS ou de Statistique Canada, l'évaluateur devra répondre à une norme donnée. Quelle est votre opinion à ce sujet?

**M. Decter:** Il existe en Ontario une très bonne loi appelée Loi sur les établissements de santé autonomes, qui n'a pas suscité la controverse comme une loi semblable en Alberta, et dont la promulgation remonte à la fin des années 80. C'est une loi réglementaire qui établit des contrôles importants sur l'expansion des établissements de santé privés et autonomes.

La loi exige une certaine forme d'évaluation des besoins. Le conseil régional de santé doit déterminer qu'il existe bel et bien un besoin pour ce type d'établissements. Il revient ensuite au gouvernement de payer la facture.

La loi vise surtout les cliniques de radiologie. On a souvent invoqué les droits acquis, si cela demeure une expression politiquement correcte, pour permettre à des installations existantes de demeurer dans le portrait, bien qu'on ait aussi fait preuve de sévérité à l'occasion. Au grand amusement du personnel du ministère où je travaillais à l'époque, un radiologiste autonome avait pris des radiographies de sa mère dans différents terrains de stationnement vacants au centre-ville de Toronto et invoqué la clause des droits acquis afin d'obtenir des permis pour la construction éventuelle d'une clinique de radiologie sur l'un ou l'autre de ces terrains. Les permis lui ont évidemment été refusés.

Tout cela pour dire que l'on a besoin d'un cadre et de règlements parce que la technologie nous pousse dans cette direction. De nombreuses procédures exécutées auparavant à l'hôpital sont ou seront éventuellement exécutées en clinique ou dans le bureau du médecin. Une technologie moins effractive et plus rapide sera utilisée pour les corrections oculaires au laser et une vaste gamme d'autres services. Peut-être que l'assurance publique ne devrait plus couvrir les corrections oculaires au laser. Je serais disposé à débattre de la question. Quoi qu'il en soit, nous avons l'obligation, en tant que société, d'assurer à la population des soins efficaces et sécuritaires. Si quelqu'un décide de s'acheter une voiture, il lui appartient d'examiner les clauses du contrat de vente. Par contre, la personne qui a besoin de soins médicaux, bien qu'elle-même paie pour ces soins, devrait avoir l'assurance que non seulement les soins qu'elle recevra lui seront fournis par un professionnel de la santé accrédité, mais que la clinique où elle reçoit ses soins est régie par certaines règles.

Je pense que les provinces devraient établir des règles en la matière, pas parce que je raffole de la bureaucratie, mais parce que le public va savoir que quelqu'un se préoccupe de la sécurité et de la qualité, et je doute que ce soit le cas actuellement. L'affaire du sang contaminé a été un échec incroyable. J'ai passé beaucoup de temps avec Krever avant la parution de son rapport. Il était très clair que l'on avait fait preuve de laxisme dans l'application des règles. On accordait des permis à des cliniques de sang, sans même faire d'inspection. On n'a rien fait pour s'assurer que ces cliniques prenaient des mesures de sécurité. On se contentait de



I think we are going to see a raft of new businesses in health. That will only be a terrible thing if we allow a proliferation where they are not needed. Witness the American experience, with an MRI machine on every corner. There are 3,500 MRI machines in the U.S. that were established without a needs assessment. We could make a societal judgment that says: "We do not care. If you want to lose money investing in laser eye clinics, that is your business." However, where there is public concern that it is going to take staff away from the hospitals, there should be some form of needs assessment. American states have a certificate of need for new hospital facilities and some surgery centre facilities. I think we could do something like that.

I share your concern that there continue to be a single payer. There are multiple payers such as Workers' Compensation and auto insurance, but I support the solidarity principle for health services. I am less concerned about having some diversity in the provider base.

We are weak on evaluation in Canada. We have a voluntary accreditation system that is well short of what we need. As we explore the issue of patient safety, we will find that that weakness stems from exactly the same philosophy as in the blood system: The Red Cross are nice people. They are trying to do a socially useful thing. Why should we second-guess them?

Unfortunately, nice people can still do a lot of harm when somebody is not tough-minded enough about applying standards.

**Senator Callbeck:** Mr. Decter, I have a question about your opening remarks. You mentioned that the public will not have confidence in the system until they get information.

What type of information do you feel the public should be receiving that they are not receiving now? Who should be responsible? How does that information get out?

**Mr. Decter:** New public expectations are about timely access. The public wants to know how long it takes to get access, not just whether they may have access. They want to know about quality: How does this one compare to that one? Has it been compared to a recognized standard? They want to know about appropriateness. Even if the system does things quickly and well, questions are raised. When ISIS published data showing that seven times as many women in Northern Ontario had hysterectomies as women in Southern Ontario, the question was raised, are too few hysterectomies being done in the south or too many in the north? What is the appropriate standard?

délivrer des permis, c'est-à-dire d'envoyer un formulaire. On était bien loin de satisfaire aux attentes du public.

Je pense que nous allons voir apparaître un tas de nouvelles entreprises dans le domaine de la santé. Ce serait une chose terrible de laisser proliférer inutilement ce genre d'entreprises, comme en témoigne l'expérience américaine. En effet, quelque 3 500 centres d'examen par IRM ont été créés aux États-Unis, sans qu'on procède au préalable à une étude des besoins. On pourrait porter un jugement de société en disant: «On s'en balance. Si vous voulez perdre de l'argent dans des cliniques de corrections oculaires au laser, c'est votre affaire.» Toutefois, si les gens craignent que ces cliniques viennent recruter leur personnel dans les hôpitaux, il devrait y avoir une certaine forme d'évaluation des besoins. Les États américains émettent une attestation du besoin de nouveaux établissements hospitaliers et de certains centres chirurgicaux. Je pense que nous pourrions faire la même chose ici.

Je partage votre inquiétude en ce qui a trait au maintien d'un système à payeur unique. On compte plusieurs payeurs, tels que la Commission des accidents de travail et la Régie de l'assurance-automobile, mais je suis d'accord avec le principe d'un payeur unique dans le cas des services de santé. Je n'ai cependant rien contre la diversité dans le choix des fournisseurs de services.

L'évaluation n'est pas notre fort au Canada. Nous avons un système d'accréditation volontaire qui est loin de répondre à nos besoins. Quand on examine la question de la sécurité des patients, on s'aperçoit que cette faiblesse découle du même raisonnement que celui qui a mené à la tragédie du sang contaminé: la Croix-Rouge est formée de gens bien qui font des choses utiles pour la société. Pourquoi faudrait-il les remettre en question?

Malheureusement, même les gens bien peuvent causer un grand tort à la société s'il n'y a pas des personnes assez obstinées pour faire respecter les normes.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Decter, j'ai une question à vous poser concernant vos observations préliminaires. Vous avez indiqué que la population n'aura pas confiance dans le système tant qu'on ne lui fournira pas d'information.

Quel genre d'information qu'elle n'a pas déjà devrait-on fournir, selon vous, à la population? Qui serait responsable de fournir cette information et comment serait-elle communiquée?

**M. Decter:** Les nouvelles attentes du public ont trait à l'accès en temps opportun. La population ne veut pas seulement savoir si elle aura accès à un service, mais aussi combien de temps il lui faudra patienter pour cela. Ils veulent de l'information sur la qualité du service. Comment ce service se compare-t-il à un autre? L'a-t-on comparé à une norme reconnue? Ils veulent en savoir davantage sur la pertinence de tel ou tel service. Même si le système permet de faire des choses bien et rapidement, il suscite certaines questions. Lorsque l'ICIS a publié des données révélant que sept fois plus de femmes subissaient des hysterectomies dans le Nord de l'Ontario que dans le Sud de l'Ontario, on s'est demandé si on faisait trop d'hysterectomies dans le Nord ou pas assez dans le Sud. Où se situe la norme?

The public wants value for money. People know they pay a lot of money for their health system. They do not know whether that money is well or badly spent. Opinion polls show that people say the only thing they are willing to pay more taxes for is health care, but they are not sure they need to because they are not sure that current dollars are well spent.

It is the obligation of the regional authorities and hospitals delivering care to report as much as they can to the people they serve. Some of the regions are doing a superb job of setting indicators and then reporting progress. It is the role of provincial governments to report at a provincial level. Nationally, it is a shared obligation between CIHI and Statistics Canada that both organizations try to live up to, to report what we can on the performance of the system. There are many levels to it.

Health care is extraordinarily local. To a degree, although we have helped *MacLean's* publish national reports, what people are really interested in is: How is my hospital doing? Is the hospital in my community doing a good job? How does it compare to the one 20 miles away or the one in the big city? When someone I care about is sick, should I be driving downtown, or will I receive the same quality and timeliness of access where I am?

We make a lot of unproductive efforts because there is a lack of good signalling. When David Dodge arrived at Health Canada, he was completely shocked and appalled at the level of health data. Why? He had spent his life as a labour economist and then as a Finance deputy. The two things we have good information about in this society are labour markets and financial markets. I have a computer on my desk that gives me real-time data on stock markets, interest rates and all sorts of things. We are trying to manage the health system with data that is often two and three years old, and at the same time, to get the public onboard with change. We do not offer them much, just some rhetoric about how this will be good for them. We do not say: "In the last year, we were able to reduce waiting lists."

Think about the unemployment rate, which is published every month. If you are a provincial premier or member of a provincial government and the unemployment rate starts going the wrong way in your province but not in the adjacent provinces, you have a huge political problem. You have to do something about it. It galvanizes you into action. There is no comparable measure in health care. We mostly deal with the anecdote about Fred waiting in emergency. We deal with the spending, everybody clamouring for more money. We need the middle ground. We need to know how many Freds there are and how long they have waited. We need to do it at every level because it will restore confidence.

Le public en veut pour son argent. Les gens savent que leur système de santé leur coûte cher. Ils ne savent pas si leur argent est bien ou mal dépensé. Les sondages d'opinion nous apprennent que la seule raison pour laquelle les gens seraient prêts à payer plus d'impôts, c'est pour les services de santé, mais ils ne sont pas sûrs qu'ils doivent dépenser plus parce qu'ils ignorent si les sommes déjà consacrées à ces services sont bien dépensées.

Il appartient aux administrations et aux hôpitaux régionaux de rendre compte autant que possible de leurs activités et de leurs dépenses à la population qu'ils servent. Certaines régions réussissent très bien à établir des indicateurs de rendement et à signaler les progrès accomplis. Il incombe aux gouvernements provinciaux de rendre compte de la situation à l'échelle provinciale. L'ICIS et Statistique Canada se partagent la responsabilité de rendre compte du rendement du système au plan national. La reddition de comptes se fait donc à plusieurs niveaux.

Les soins de santé sont considérés dans une perspective tout à fait locale. Dans une certaine mesure, bien que nous ayons aidé le *MacLean's* à publier des rapports nationaux, ce à quoi les gens s'intéressent vraiment, c'est la situation de leur hôpital. Est-ce que l'hôpital dans ma localité fait un bon travail? Comment se compare-t-il à celui qui se trouve 20 milles plus loin ou à un hôpital de la grande ville? Lorsqu'un être cher tombe malade, dois-je me rendre à un hôpital du centre-ville pour le faire soigner ou aurais-je accès sur place aux mêmes soins de qualité, dans les mêmes délais?

Nous faisons bien des efforts qui ne mènent à rien en raison d'une mauvaise interprétation des signaux qui nous sont donnés. Lorsque David Dodge est arrivé à Santé Canada, il a été absolument consterné et scandalisé par le niveau de qualité des données sur la santé. Pourquoi? Parce qu'il avait travaillé toute sa vie comme économiste du travail et sous-ministre des Finances et que les deux choses sur lesquelles on possède de bonnes informations dans notre société sont les marchés du travail et les marchés boursiers. J'ai un ordinateur à mon bureau qui me fournit des renseignements en temps réel sur les marchés des valeurs mobilières, les taux d'intérêt et toutes sortes de choses. Nous essayons de gérer le système de santé avec des données qui datent souvent de deux ou trois ans, et de convaincre en même temps la population de la nécessité d'un changement. Nous n'avons pas beaucoup d'arguments à lui offrir, juste des paroles optimistes pour lui vanter les bienfaits d'un tel changement. Nous ne lui disons pas: «Voilà, l'année dernière nous avons pu réduire les listes d'attente.»

Pensons au taux de chômage qui est rendu public chaque mois. Si vous êtes le premier ministre ou un député d'une province dont le taux de chômage commence à évoluer dans le sens contraire de celui des provinces adjacentes, vous avez un problème de taille sur les bras. Il vous faut réagir. Vous devez passer à l'action. Il n'existe pas de mesure comparable dans le domaine de la santé. Nous devons généralement nous contenter d'anecdotes, par exemple au sujet du temps que Bernard a dû patienter à l'urgence. Nous devons déterminer les dépenses, et tout le monde réclame plus d'argent. Il nous faut trouver un juste milieu. Nous devons savoir combien de gens, comme Bernard, ont attendu à l'urgence, et combien de temps ils y ont passé. Il faut établir des statistiques



People who have used the health care system are much more confident about it than people who have not. This tells me that it is easy to sell newspapers with headlines that say "health crisis." However, the papers are not always wrong. If it is a problem for the system, it is a crisis for Fred if he is in the back of an ambulance being driven from place to place and unable to get care. It is a crisis for his family too. Therefore, the rhetoric comes easily. I think it is a task for every level.

The good news is that we are making good progress on collecting the data because computers are faster, and we are able to do more with them. Some brilliant health researchers across the country, in little groups such as the Manitoba centre, ISIS and so on, are taking what were administrative data sets and teaching us a lot about the policy implications.

**Senator Robertson:** Mr. Decter, in your earlier remarks, you spoke of two issues that this committee has heard about repeatedly — the need for better home care and a requirement for pharmacare.

You said you felt that home care could probably be absorbed into the system with the current funding methodology, and I agree. There are very beneficial trade-offs. However, you quickly moved away from pharmacare and what this committee could recommend, whether under private-sector insurance or public-sector coverage. Pharmacare is, however, one of the most important parts of our health care system and simply is not available to most people. There have been increases in our elderly population and the poverty rates. Today there are as many children living in poverty in Canada as there were 10 years ago.

I should like to know whether you would recommend that a pharmacare program be established in Canada that would be financially feasible for the population without putting too much stress on the tax dollars collected.

**Mr. Decter:** I have strong views on this. After being an advocate for seven or eight years, however, I am not confident of how we would get from where we are to where I think we ought to be.

We should have a national approach to drug coverage. When I look at the numbers on drug coverage, we do not stack up well compared to the other OECD nations. The ballpark numbers are, the public sector pays about a third of the bills, private employers pay about a third, and individuals pay about a third. If that were evenly distributed across the country, it might be acceptable, but it is not. The situation in Ontario is that seniors now pay a very small percentage of their drug bills, where they used to pay none. Seniors in other parts of the country, Newfoundland, for instance, pay an enormous price for drugs, high enough to keep many of them. I think, from getting the medications they need. Medication

de ce genre à tous les niveaux si on veut regagner la confiance de la population.

Les gens qui ont eu recours au système de santé ont beaucoup plus confiance dans ce système que ceux qui ne l'ont jamais utilisé. De parler en première page d'une crise dans la santé fait évidemment vendre des journaux. Mais les médias n'ont pas toujours tort. Ce qui constitue un problème dans le système prend l'allure d'une crise pour Bernard qui est transporté en ambulance d'un hôpital à l'autre et qui se voit privé des soins nécessaires à son état pendant ce temps. C'est aussi une crise pour la famille de Bernard. Dans les circonstances, il est facile de dénigrer le système de santé. Je pense que l'on a besoin d'une contribution de tous les niveaux.

La bonne nouvelle, c'est que nous faisons des progrès dans la collecte des données parce que les ordinateurs sont plus rapides et nous permettent d'accomplir plus de choses. Partout au pays, en petits groupes tels que le Centre d'information de Santé Manitoba et l'ICIS, des chercheurs brillants en matière de santé prennent des ensembles de données administratives et nous renseignent sur les incidences politiques des phénomènes constatés.

**Le sénateur Robertson:** Monsieur Decter, dans vos observations, vous avez parlé des deux questions que l'on ramène constamment devant le comité, soit le besoin de meilleurs soins à domicile et la nécessité d'une assurance-médicaments.

Vous avez dit que, selon vous, on pourrait probablement inclure dans le système les soins à domicile en conservant la formule de financement actuelle, et je suis d'accord avec vous. Il y a de grands avantages à tirer de cela. Cependant, vous avez vite escamoté la question de l'assurance-médicaments, évitant de recommander quoi que ce soit au comité concernant la nature d'un tel régime d'assurance: privée ou publique. L'assurance-médicaments représente l'une des parties les plus importantes de notre système de santé, et la majorité des gens n'y ont pas accès. Le nombre de personnes âgées et les taux de pauvreté ont augmenté au pays. On compte aujourd'hui autant d'enfants qui vivent dans la pauvreté au Canada qu'il y a dix ans.

Je voudrais savoir si vous recommandez l'établissement, au Canada, d'un régime d'assurance-médicaments qui soit abordable pour la population sans que cela ne gruge une trop grande partie des recettes fiscales.

**M. Decter:** J'ai des opinions bien arrêtées sur le sujet. Après avoir défendu cette cause pendant sept ou huit ans, je ne sais vraiment pas exactement comment nous pouvons passer d'où nous sommes actuellement à où nous devrions être selon moi.

Nous devrions adopter une approche nationale à l'égard de l'assurance-médicaments. Lorsque nous regardons les chiffres dans ce secteur, notre dossier n'est pas très bon comparativement aux autres pays membres de l'OCDE. En gros, les coûts sont partagés à peu près également entre le secteur public, les employeurs privés et les particuliers, qui paient environ un tiers chacun. Si la répartition était égale d'un bout à l'autre du pays, cela pourrait être acceptable, mais ce n'est pas le cas. En Ontario, les personnes âgées paient maintenant un très faible pourcentage de leurs médicaments, alors qu'ils ne payaient rien auparavant. Dans d'autres régions du pays, comme à Terre-Neuve, les

is now our number 2 issue. It has passed spending on physicians. New products have rolled out of the pharmaceutical companies, some of them marvellously innovative, others merely expensive.

I think that home care is relatively easy; pharmacare is very difficult for these reasons. The research-based pharmaceutical companies and the generic companies are two very combative industry groups. There is a war on every issue, as we have witnessed in the last few weeks. It is a litigious war that tends to scare people in political life away from getting into that issue. Beyond that, there is the federal/provincial issue. The reality is that a national plan is unlikely to be acceptable to the Province of Quebec. Quebec has gone further than any other province in reforming their own approach and come closest to what I think is the right model for the country — an integrated, single plan with a role for private employers and for the public. Quebec has felt some serious cost pressure since that plan was established.

We do not have good, effective prescribing in the country. We mis-prescribe, over-prescribe and under-prescribe. Why? The answer is complex. A lot of physicians have trouble keeping up with the complexity of the evidence concerning use of medications. I am not making a personal judgment here. One of the most remarkable physicians in this province, in my experience, and not including those seated at the table, was the late Dr. Adam Linton, a thoughtful internist and academic physician. I had a call from him when he was very ill from liver cancer. Only Adam would go back through every prescription he had written in the previous year. He decided that 40 per cent of what he had written was not based on the best evidence. He said to me: "I am pretty careful." He was a very careful physician. "If I am wrong that percentage of the time, we really need to change how we do this."

How to pay for prescription drugs equitably is one problem. However, the larger problem is how to improve prescribing on the one hand and utilization on the other. Patients are notorious for not following the drug regime that they are supposed to be on. This wastes drugs and has other consequences. Changing this requires a good deal of cooperation between the levels of government. What arose from the St. John's meeting of health ministers was some agreement to work together on evaluation. That is a good start.

At the end of the day, if we were to bring in a pharmacare plan, it would have to be with premiums, the way we brought in hospital and physician insurance. That would be the right way.

personnes âgées doivent payer très cher pour obtenir des médicaments, assez cher à mon avis pour empêcher bon nombre d'entre elles de se procurer les médicaments dont elles ont besoin. Les médicaments viennent maintenant au deuxième rang des questions prioritaires pour nous. Ils ont dépassé les dépenses au titre des services médicaux. Les sociétés pharmaceutiques ont mis de nouveaux produits sur le marché: certains sont merveilleusement novateurs, d'autres sont tout simplement chers.

Je crois qu'il est relativement facile d'offrir un programme de soins à domicile, mais il est très difficile d'offrir un régime d'assurance-médicaments pour diverses raisons. Les sociétés pharmaceutiques axées sur la recherche et les sociétés génériques forment deux groupes très combatifs. La moindre question est une source de conflit, comme nous en avons été témoins ces dernières semaines. À cause de ce climat de conflit, les politiciens ont peur de se mêler de ces dossiers. En plus de cela, il y a la question fédérale-provinciale. La réalité est qu'il est improbable qu'un régime national soit acceptable au Québec. Cette province est allée plus loin que toute autre province pour ce qui est de réformer sa propre approche et elle est près de ce que je considère être le modèle idéal pour le pays: un seul régime intégré où les employeurs privés et le secteur public auraient chacun un rôle à jouer. Le Québec a ressenti beaucoup de pression au niveau des coûts depuis l'établissement de ce régime.

La rédaction d'ordonnances au Canada ne se fait pas de façon efficace. Parfois nous en rédigeons trop, parfois nous n'en rédigeons pas assez, et parfois nous ne rédigeons pas celles qui conviennent. Pourquoi? La réponse est complexe. Beaucoup de médecins ont de la difficulté à suivre la complexité des observations concernant l'utilisation des médicaments. Je ne porte pas de jugement personnel ici. Un des médecins les plus remarquables de cette province, d'après mon expérience et sans compter ceux qui sont assis à cette table, était le regretté Dr Adam Linton, un interniste et médecin enseignant des plus consciencieux. J'ai reçu un appel téléphonique de lui lorsqu'il était très malade du cancer du foie. Seul Adam aurait eu l'idée de passer en revue chaque ordonnance qu'il avait rédigée au cours de la dernière année. Il a décidé que 40 p. 100 des ordonnances qu'il avait rédigées n'étaient pas fondées sur les meilleures observations. Il m'a dit: «Je suis assez vigilant.» Il était en effet très vigilant en tant que médecin. «Si je me trompe aussi souvent, nous devons vraiment changer notre façon de faire.»

Comment acheter des médicaments d'ordonnance à un prix équitable est un problème. Cependant, le plus gros problème est comment améliorer la façon de rédiger les ordonnances d'une part et la façon d'utiliser les médicaments d'autre part. On sait qu'il arrive souvent que les patients ne suivent pas à la lettre les ordonnances qu'on leur a faites. Cela entraîne du gaspillage de médicaments et d'autres conséquences. Pour changer cela, il faut une grande collaboration entre les différents niveaux de gouvernement. Lors de la réunion des ministres de la Santé tenue à St. John's, ceux-ci se sont entendus pour travailler ensemble à l'évaluation. C'est un bon départ.

En bout de ligne, si nous établissions un régime d'assurance-médicaments, il faudrait qu'il y ait des primes, comme nous l'avons fait pour les services hospitaliers et médicaux. Ce serait la



Let's have a first-class drug program in Canada. The employers can pay for what they were paying for already. The governments can pay for the elderly and the poor. Those of us who are working and do not have an employer plan, but are capable of paying a monthly premium, can pay it.

I do not like charges at the point of care. They scare off the wrong people. However, there is nothing wrong with individuals and families shouldering some responsibility if they are getting a quality program with good evidence attached and good prescribing and dispensing.

We will see medications that can effect remarkable changes. I watched slides of Dr. Volkman's work on Friday night. I could not watch children whose massive facial tumours were disappearing without thinking that there is something here. I know there is a lot of controversy around Dr. Volkman's work, but the room was half-filled with people who either had cancer themselves or had children or loved ones who did. In this society, you will not be able to stand between people and those medications. It will be financially ruinous for families if we do not get a proper coverage plan in place.

We betray the spirit of medicare if we accept that we have hospital and physician coverage at the 90-something per cent level, but when it comes to drugs, we are not quite there. We drag our feet on listing new drugs. We do all sorts of things that are not good for patients to try to contain the costs. I do think that we have a lot to learn. The British and the Australians do it nationally. It is difficult to see how the provincial/federal dynamic would work. Why would the federal government want to end up with the most difficult piece of the health sector? However, somehow we have to find a way of properly ensuring and managing access to drugs in the country. It is the only part of our system that really is something of an embarrassment internationally.

**Senator Robertson:** We recognize the abuse in drug usage. Some people do not take their prescriptions. Some physicians write prescriptions without adequate knowledge. I hope that does not hold us back for too long. How many people fully follow their doctor's directions when they leave the office? The doctors are fully covered. However, although I do not know the percentage, I know some people do not bother to follow their physician's directions.

**Mr. Decter:** There are problems all the way around. A lot of education is needed. Our seniors are a remarkable group of people. I believe they are very smart. If we give them access to the information, I think that they will do a very good job.

bonne façon de faire. Dotons-nous d'un régime d'assurance-médicaments de premier ordre au Canada. Les employeurs peuvent continuer de payer ce qu'ils payaient déjà. Les gouvernements peuvent payer pour les personnes âgées et les pauvres. Ceux d'entre nous qui travaillent et qui n'ont pas de régime parrainé par leur employeur mais qui sont capables de payer des primes mensuelles peuvent le faire.

Je n'aime pas l'idée de faire payer au moment où les soins sont fournis. Cela fait peur aux gens qui ne devraient pas avoir peur. Cependant, il n'y a rien de mal à demander aux particuliers et aux familles d'assumer une certaine responsabilité s'ils ont accès à un régime de qualité axé sur de bonnes observations ainsi que sur de bonnes pratiques en matière de rédaction d'ordonnances et de distribution de médicaments.

Nous verrons des médicaments qui entraîneront des changements remarquables. J'ai regardé des diapositives sur le travail du Dr Volkman vendredi soir. En voyant disparaître des tumeurs faciales massives chez des enfants, je ne pouvais pas m'empêcher de penser que cela allait mener quelque part. Je sais que le travail du Dr Volkman suscite beaucoup de controverse, mais la salle était à moitié pleine de gens qui souffraient eux-mêmes de cancer ou qui avaient des enfants ou des êtres chers souffrant de cancer. Dans cette société, on ne sera pas capable de s'interposer entre les gens et ces médicaments. Les familles se ruineront si nous ne mettons pas en place un régime d'assurance-médicaments adéquat.

Nous trahissons l'esprit de l'assurance-maladie si nous acceptons d'avoir une couverture à 90 p. 100 et plus pour les services hospitaliers et médicaux, mais pas pour les médicaments. Nous nous traînons les pieds en ce qui a trait à l'inscription de nouveaux médicaments. Nous faisons toutes sortes de choses qui ne sont pas bonnes pour les malades pour essayer de contenir les coûts. Je crois vraiment que nous avons beaucoup à apprendre. Les Britanniques et les Australiens ont un régime national. Il est difficile de voir comment la dynamique fédérale-provinciale pourrait fonctionner. Pourquoi le gouvernement fédéral voudrait-il se retrouver avec la composante la plus difficile du secteur de la santé? Toutefois, nous devons trouver une façon d'assurer et de gérer l'accès aux médicaments dans notre pays. C'est la seule partie de notre régime qui est vraiment une source d'embarras pour nous à l'échelle internationale.

**Le sénateur Robertson:** Nous reconnaissons l'usage abusif des médicaments. Certaines personnes ne prennent pas les médicaments qui leur sont prescrits. Certains médecins prescrivent des médicaments sans avoir les connaissances adéquates. J'espère que cela ne nous retiendra pas trop longtemps. Combien de gens suivent les directives du médecin à la lettre lorsqu'ils quittent son bureau? Les médecins sont entièrement couverts. Cependant, je ne sais pas quel est le pourcentage, mais je sais que certaines personnes ne se donnent pas la peine de suivre les directives de leur médecin.

**M. Decter:** Il y a des problèmes partout. Il y a beaucoup d'éducation à faire. Nos personnes âgées sont un groupe remarquable. Je crois qu'elles sont très intelligentes. Si nous leur donnons accès à l'information, je crois qu'elles feront du très bon travail.

In some parts of this country, some seniors are staring at a crushing financial burden in paying drug bills. I believe that is wrong. It is not wrong to say we are all going to pay \$10 a month or \$20 a month. It is wrong to force a patient to choose between taking a medication that the doctor says is necessary and going without groceries for a month because the drug has a \$300 or \$400 price tag.

If the goal of medicare was to remove the financial burden between those receiving care and those providing care, I believe we have done a splendid job on hospitals and doctors. Certainly it is contentious. A lot of things are not perfect. No physician in the country believes the system can be made better without more money. Nevertheless, people are not denied care because they do not have money in their pocket. However, on the drug side, there are such situations.

**The Deputy Chairman:** On behalf of my colleagues, I thank you very much, Dr. Decter. I can well see why your views on this subject are so sought out. On our part, and I will follow up on this, we must let the Stats Can survey on the waiting lists go ahead. We cannot let people walk away from it, because otherwise, others will fill the vacuum. We may call you again when we are cleaning up issues like pharmacare with witnesses back in Ottawa.

**Mr. Decter:** It was a privilege. I would be delighted to do anything I can to assist the committee. I wish you well in your work.

**The Deputy Chairman:** Colleagues, I would like to call our next set of witnesses to the table: David MacKinnon, president and CEO of the Ontario Hospital Association; and Doris Grinspun, executive director of the Registered Nurses Association of Ontario.

**Ms Doris Grinspun, Executive Director, Registered Nurses Association of Ontario:** Thank you very much for inviting us. I am the executive director of the Registered Nurses Association of Ontario, the professional voice of registered nurses in this province.

We are here today on behalf of registered nurses in Ontario to urge the Senate committee to steer clear of two-tier health care. We are here to oppose the increasing encroachment of private funding, including user fees and private, for-profit delivery, on necessary health services.

We are here also to offer solutions to the real problems that our health care system faces. These are: timely access, inappropriate system utilization, inadequate human resources management and deteriorating public confidence. These problems are the result of a system that is over-reliant on hospitals and underutilizes nurses. Paradoxically, at the same time, it overworks them. It also

Dans certaines régions du pays, il y a des personnes âgées qui sont écrasées sous le poids financier que représente le coût des médicaments qu'elles doivent prendre. Ce n'est pas normal. Il n'y a rien de mal à dire que nous allons tous payer 10 \$ ou 20 \$ par mois. Par contre, ce n'est pas normal de forcer un patient à choisir entre prendre le médicament que le médecin juge nécessaire pour lui et ne pas acheter de nourriture pendant un mois parce que le médicament en question coûte 300 \$ ou 400 \$.

Si le but de l'assurance-maladie était d'éliminer le fardeau financier entre ceux qui reçoivent les soins et ceux qui les donnent, je crois que nous avons fait un travail splendide dans le cas des services hospitaliers et médicaux. C'est un point litigieux, évidemment. Beaucoup de choses ne sont pas parfaites. Aucun médecin au pays ne croit qu'on peut améliorer le régime sans que cela nécessite plus d'argent. Néanmoins, les gens ne se voient pas refuser des soins parce qu'ils n'ont pas d'argent dans leurs poches. Cependant, du côté des médicaments, de telles situations existent.

**La vice-présidente:** Au nom de mes collègues, je vous remercie beaucoup, monsieur Decter. Je peux voir pourquoi vos opinions sur le sujet sont si recherchées. De notre côté, et j'assurerai le suivi à cet égard, nous devons laisser Statistique Canada poursuivre son enquête sur les listes d'attente. Nous ne pouvons pas laisser les gens abandonner cette initiative, sinon d'autres prendront la relève. Nous vous inviterons peut-être encore lorsque nous aborderons de nouveau des questions comme l'assurance-médicaments avec des témoins à Ottawa.

**M. Decter:** Ce fut un privilège. Je serais ravi de faire tout ce que je peux pour aider le comité. Je vous souhaite beaucoup de succès dans votre travail.

**La vice-présidente:** Collègues, je voudrais appeler notre prochaine série de témoins à la table: M. David MacKinnon, PDG de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, et Mme Doris Grinspun, directrice exécutive de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario.

**Mme Doris Grinspun, directrice exécutive, Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario:** Merci beaucoup de nous avoir invités. Je suis directrice exécutive de l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, la voix professionnelle des infirmières et infirmiers autorisés de cette province.

Nous sommes ici au nom des infirmières autorisées de l'Ontario pour exhorter le comité du Sénat à se tenir à l'écart d'un régime de soins de santé à deux vitesses. Nous sommes ici pour nous opposer à l'empiètement croissant du financement privé, y compris les frais d'utilisation et la prestation de soins par des organismes privés à but lucratif, sur les services de santé nécessaires.

Nous sommes également ici pour offrir des solutions aux vrais problèmes auxquels notre régime de soins de santé est confronté, c'est-à-dire le manque de rapidité d'accès, la mauvaise utilisation du régime, la gestion inadéquate des ressources humaines et la détérioration de la confiance du public. Ces problèmes découlent d'un régime qui dépend trop des hôpitaux et qui sous-utilise les



underutilizes nurse practitioners, social workers, dieticians and others.

We speak about moving health care into our communities, and yet the lion's share of our health care dollars goes to institutions. We have a system in which, if you require medical attention at 8:00 p.m. or on the weekend, you must turn to an emergency room. We have a system in which patients may not be discharged from the hospital because we have not built a solid home care program in this country. We have a system in which hospitals have become "the canary in the coal mine." This is not because people have an insatiable appetite for hospitals, but rather because they have nowhere else to go.

In today's reality, our system offers the wrong incentives. For example, medications are only covered for patients in hospital. Doctors are paid "by the piece." The elderly are housed in institutions rather than supported in their own communities. We hear rhetoric about an ageing population, yet we do not develop services that are in tune with this type of population. At the same time as nurses are underutilized, they are overworked. Almost 45 per cent of nurses in this country are part time or casual, many of them not by choice.

We believe there are solutions to these ailments. We need a recommitment from the federal government that all health care services will be exempted from trade agreements. We believe that should be the case, but know that is not the reality. We also need an urgent and massive move to publicly funded, 24-hour-a-day, 7-days-a-week primary health care provided by interdisciplinary teams of health care providers. We need a clear framework, national standards and adequate funding for home health care services nationwide. We need a national pharmacare program and mechanisms to control the rapid growth in pharmaceutical expenses. We need a national coordinating body for health human resources to address the shortage of nurses and other health care professionals.

Senate members, in today's reality, we know that social disintegration brings the most disastrous results. We see that all over the globe. These are delinquency, violence and insecurity. Our health care system has been a great source of national unity and has provided people with equity. Equity and unity are linked, and social cohesiveness is linked to that. Let us work together to build up our health care system, not tear it down.

**Mr. David MacKinnon, President and CEO, Ontario Hospital Association:** Thank you very much, Madam Chair, for the opportunity to meet with you today. Since time is brief, I will be brief. I am also tabling a submission that, if time permits, I will take you through. It is a series of charts that describe hospitals and parts of the larger health care system in Ontario.

infirmières, tout en les surchargeant, ce qui est paradoxal. Il sous-utilise aussi les infirmières praticiennes, les travailleurs sociaux, les diététistes et d'autres.

Nous parlons d'amener les soins de santé dans nos collectivités, et pourtant la part du lion des fonds au titre des soins de santé va aux établissements. Nous avons un régime où, si on a besoin de soins médicaux à 20 heures ou pendant le week-end, on doit se rendre à l'urgence. Nous avons un régime où il arrive que les patients ne peuvent pas obtenir leur congé de l'hôpital parce que nous n'avons pas mis sur pied un bon programme de soins à domicile dans notre pays. Nous avons un régime où les hôpitaux sont devenus «le canari dans la mine de charbon». Ce n'est pas parce que les gens ont un appétit insatiable pour les hôpitaux, mais bien parce qu'ils n'ont pas d'autre endroit où aller.

Dans la réalité d'aujourd'hui, notre régime n'offre pas les bons incitatifs. Par exemple, les médicaments ne sont couverts que pour les malades hospitalisés. Les médecins sont payés à l'acte. Les personnes âgées sont logées dans des établissements au lieu d'avoir l'aide dont elles ont besoin dans leurs propres collectivités. Nous entendons parler du vieillissement de la population, et pourtant nous ne développons pas des services adaptés à ce genre de population. Les infirmières sont sous-utilisées, mais elles sont aussi surchargées. Presque 45 p. 100 des infirmières dans ce pays travaillent à temps partiel ou de façon occasionnelle, et pour beaucoup d'entre elles ce n'est pas par choix.

Nous croyons qu'il y a des solutions à ces problèmes. Il faut d'abord que le gouvernement fédéral réaffirme son engagement à exclure tous les services de santé des accords commerciaux. Nous croyons que cela devrait être le cas, mais nous savons que ce n'est pas là la réalité. Nous avons également besoin de mettre sur pied de façon urgente un régime public de soins de santé primaires assurés 24 heures par jour, 7 jours par semaine, par des équipes interdisciplinaires de fournisseurs de soins de santé. Nous avons besoin d'un cadre clair, de normes nationales et d'un financement adéquat pour des services de soins de santé à domicile à l'échelle du pays. Nous avons besoin d'un régime national d'assurance-médicaments et de mécanismes pour contrôler la croissance rapide des dépenses pharmaceutiques. Nous avons besoin d'un organe national de coordination des ressources humaines en santé pour gérer la pénurie d'infirmières et d'autres professionnels de la santé.

Sénateurs, dans la réalité d'aujourd'hui, nous savons que la désintégration sociale entraîne des résultats des plus désastreux. Nous voyons cela partout dans le monde. Il y a de la délinquance, de la violence et de l'insécurité. Notre régime de soins de santé a été une source d'unité nationale et a assuré l'équité aux Canadiens. Il existe un lien entre l'équité, l'unité et la cohésion sociale. Travaillons ensemble pour bâtir notre régime de soins de santé et non pour le démolir.

**M. David MacKinnon, PDG, Association des hôpitaux de l'Ontario:** Merci beaucoup, madame la présidente, de me donner l'occasion de vous rencontrer aujourd'hui. Comme nous avons peu de temps, je serai bref. Je dépose aussi un mémoire que j'examinerai avec vous si le temps le permet. C'est une série de tableaux qui décrivent les hôpitaux et d'autres éléments du régime de soins de santé en Ontario.

I should like to compliment the committee on its work. In my view, the executive summary of your report is the best short survey of the issues in Canadian health care that I have seen to date. I think it is a must-read for everybody. It covers almost all the comprehensive issues concisely, and lays them out in a way that is very helpful to decision making.

There are issues that I think the committee could have explored in greater detail. However, overall, as a quick summary that puts the issues before us in a way conducive to decision making, it is a first-class effort. I would like to thank everyone involved, including senators and staff, for the time and energy that obviously went into this document.

I am encouraged by recent statements from Senator Kirby, Roy Romanow, Premier Harris and Tony Clement, that the only option off the table in our health care discussion is the status quo. Your report has certainly demonstrated an ability to think outside the box in a way that all those people have been encouraging us to do.

The Ontario Hospital Association, representing about 150 hospital corporations in Ontario on 200 sites, has recently embarked on a broad-based program to put new ideas into that national debate, so that we can keep the system we have and move it forward. We want to do everything we can, all of us connected with hospitals, to ensure an accountable and sustainable health care system. We have done a lot. We were at the forefront of accountability through hospital report cards and the sharing of best practices. I was interested in a previous question about the kind of information the public needs. We believe we have pushed the boundaries of the possible there with our system report cards. I will come back to that.

We have also developed what we believe is the most cost-efficient system, measured in a whole variety of different ways, compared to the rest of Canada and to the United States. We have established significant working groups to push the system forward. The Ontario e-Health Council has been established to move us into e-health, the delivery of health services on the Internet and in other imaginative ways. We have developed a supply chain management committee that has identified very significant savings in the purchasing of goods and services by hospitals. We are looking at other ways of financing the massive investment needed in hospitals, including a greater role for the private sector in the design, development and operation of hospital facilities. We have commissioned a number of studies on alternative revenue strategies for hospitals, illness prevention, population health and wellness programs, and the effects of the rationing of health care taking place through waiting lists, delays and other problems, to help create a system more in line with consumer expectations and hopes.

Je veux féliciter le comité pour son travail. À mon avis, le sommaire exécutif de votre rapport est le meilleur aperçu des questions touchant les soins de santé au Canada que j'aie vu jusqu'à maintenant. Je crois que tout le monde devrait le lire. Il couvre presque toutes les grandes questions de façon concise et les énonce d'une manière très utile pour la prise de décisions.

Je crois qu'il y a des questions que le comité aurait dû examiner plus en détail. Toutefois, de façon générale, en tant que bref résumé qui nous expose les questions de façon à faciliter la prise de décisions, c'est un travail de premier ordre. Je veux remercier tous ceux qui y ont participé, y compris les sénateurs et le personnel, pour le temps et l'énergie qu'ils ont consacrés à la préparation de ce document.

Je suis encouragé par les déclarations récentes du sénateur Kirby, de Roy Romanow, du premier ministre Harris et de Tony Clement, qui ont dit que la seule option exclue de nos discussions sur les soins de santé était le statu quo. Votre rapport a certainement montré une capacité de sortir des sentiers battus, comme tous ces gens nous encouragent à le faire.

L'Association des hôpitaux de l'Ontario, qui représente environ 150 hôpitaux regroupant 200 emplacements dans la province, vient d'entreprendre un vaste programme visant à alimenter ce débat national avec de nouvelles idées afin que nous puissions garder le régime que nous avons et l'améliorer. Nous voulons faire tout ce que nous pouvons, nous tous du secteur hospitalier, pour assurer un régime de soins de santé transparent et viable. Nous avons fait beaucoup. Nous avons joué un rôle de premier plan pour ce qui est de favoriser la transparence grâce aux fiches de rendement des hôpitaux et au partage des meilleures pratiques. On a posé plus tôt une question qui m'a intéressé au sujet du genre d'information dont le public a besoin. Nous croyons avoir poussé les limites du possible à cet égard avec nos fiches de rendement. Je reviendrai à cela.

Nous avons également mis sur pied ce que nous croyons être le régime le plus rentable, selon diverses mesures, comparativement au reste du Canada et aux États-Unis. Nous avons établi d'importants groupes de travail pour améliorer encore davantage le régime. Le conseil des services de santé électroniques de l'Ontario a été établi pour nous conduire vers les services de santé électroniques, soit la prestation de services de santé sur Internet et par d'autres moyens ingénieux. Nous avons mis sur pied un comité de gestion de la chaîne d'approvisionnement, qui a trouvé diverses façons d'aider les hôpitaux à réaliser d'importantes économies à l'achat de biens et de services. Nous cherchons d'autres façons de financer les investissements massifs qui doivent être faits dans les hôpitaux, y compris un rôle accru pour le secteur privé dans la conception, la mise sur pied et l'administration des installations hospitalières. Nous avons fait faire un certain nombre d'études sur les stratégies qui permettraient aux hôpitaux d'aller chercher d'autres revenus, sur la prévention de la maladie, sur les programmes de santé et de bien-être de la population et sur les effets du rationnement des soins de santé par le biais des listes d'attente, des retards et d'autres problèmes, afin de créer un régime mieux adapté aux attentes des consommateurs.



We will be releasing the results of all this research over the next few months in our response to the Romanow commission. However, I would like to comment briefly on several of the issues raised in your report.

It is becoming increasingly clear that effective reform of our health care system will require changes to the Canada Health Act. With the exception of the four principles of universality, comprehensiveness, accessibility and portability, all of which are patient-oriented, we believe that the act should be up for discussion. You cannot continue dealing with a business plan that is effectively 35 years old without making every reasonable effort to keep it contemporary. That is what we are doing in Canada. We believe that a new principle could be added to the act on health care delivery flexibility. Provinces and territories should be given greater flexibility to experiment with the delivery of patient care in new and innovative ways.

If we are to ensure cost-effective patient care in the long term, there is a real need for significantly increased investment in up-to-date information technology and medical equipment in Canada. In my own family, a relative was recently treated for a particular form of cancer with X-ray equipment that is 16 years old. The treatment was interrupted constantly by equipment breakdowns. Lack of funding to update equipment has huge patient implications.

We think the federal government must always be prepared to fund its share of health care costs. There are problems there, and they are described in our submission. I will not go into them in detail now.

I wish to comment on several features unique to the Ontario health care landscape. In common with the United States, Ontario does not have regional health authorities. In fact, no province in Canada has regional health authorities that integrate all aspects of patient care, including physician services.

However, the absence of regional authorities has certainly not impeded health care in Ontario. Our hospitals are better utilized than elsewhere in the country. They make greater use of day surgery and ambulatory care. We treat sicker patients, and do so with much higher standards of utilization than in other provinces. We also know, in relation to the perceived problems of handing off people from one provider to another, that about 85 per cent of Ontario's patients are highly satisfied with how they are transferred back and forth between providers. That statistic comes from a detailed set of surveys of every hospital in Ontario, with statistically valid samples.

Second, I would point out that we do have a report card system. I am surprised Dr. Decter did not comment on it. It is unique in Canada, and quite possibly in North America. Only in Ontario is there factual information, on the public record and comparable among institutions, that describes clinical outcomes, patient

Nous publierons les résultats de toute cette recherche au cours des prochains mois dans notre réponse à la commission Romanow. Toutefois, je voudrais faire quelques brèves observations au sujet de plusieurs des questions soulevées dans votre rapport.

Il devient de plus en plus clair qu'une véritable réforme de notre régime de soins de santé nécessitera des modifications à la Loi canadienne sur la santé. À part les quatre principes que sont l'universalité, l'intégralité, l'accessibilité et la transférabilité, qui sont tous axés sur le patient, nous croyons que la loi devrait être réexaminée. On ne peut pas continuer de fonctionner avec un plan d'activités vieux de 35 ans sans faire tous les efforts raisonnables pour qu'il reste contemporain. C'est ce que nous faisons au Canada. Nous croyons qu'un nouveau principe portant sur la flexibilité dans la prestation des soins de santé devrait être ajouté à la loi. Les provinces et territoires devraient avoir plus de flexibilité pour expérimenter de nouvelles façons novatrices de fournir des soins aux malades.

Si nous voulons assurer la rentabilité à long terme des soins aux malades, il faut vraiment accroître de façon considérable les investissements dans la technologie de l'information et l'équipement médical de pointe. Un membre de ma propre famille a été traité récemment pour une forme particulière de cancer avec de l'équipement radiologique vieux de 16 ans. Le traitement était constamment interrompu à cause de bris d'équipement. Le manque de financement pour moderniser l'équipement a d'énormes répercussions sur les patients.

Nous croyons que le gouvernement fédéral doit toujours être prêt à financer sa part des coûts liés aux soins de santé. Il y a des problèmes, qui sont décrits dans notre mémoire. Je n'entrerai pas dans les détails maintenant.

Je vais faire quelques observations concernant plusieurs caractéristiques uniques au secteur des soins de santé en Ontario. Comme c'est le cas aux États-Unis, l'Ontario n'a pas de régies régionales de la santé. En fait, aucune province au Canada n'a de régies régionales de la santé qui intègrent tous les aspects des soins aux malades, y compris les services offerts par les médecins.

Toutefois, l'absence de régies régionales n'a certainement pas nui aux soins de santé en Ontario. Nos hôpitaux sont mieux utilisés que partout ailleurs dans le pays. Ils font une plus grande utilisation de la chirurgie d'un jour et des soins ambulatoires. Nous traitons les patients plus malades, et ce, avec des normes d'utilisation beaucoup plus élevées que dans les autres provinces. Nous savons aussi, relativement aux problèmes perçus de transfert des patients d'un fournisseur à un autre, qu'environ 85 p. 100 des patients en Ontario sont très satisfaits de la façon dont ils ont été transférés d'un fournisseur à un autre. Ce pourcentage vient d'une série d'enquêtes détaillées menées dans chaque hôpital de l'Ontario et faisant appel à des échantillons statistiquement valables.

Deuxièmement, je signalerai que nous avons un système de fiches de rendement. Je suis surpris que M. Decter n'ait rien dit à ce sujet. C'est un système unique au Canada, et peut-être même en Amérique du Nord. Seule l'Ontario fournit des renseignements précis, accessibles au public et comparables entre les établisse-

perceptions of the system, and the rapidity and success of major innovations. If you believe, as I do, that the very first requirement in measuring anything is to do so in a comprehensive manner, then we are in real trouble indeed. Report card systems are lacking in all other jurisdictions.

There is a corollary to this. Health care services across Canada would be much better served if the other provinces put similar systems in place so that there could be more points of comparison.

I think my third comment will surprise you. It relates to Ontario's position within the federal fiscal system. Almost imperceptibly, our country has evolved so that virtually all core public services in Ontario are funded much less generously than in all other Canadian jurisdictions. They are held to targets much less consumer friendly than in other provinces. This is true, by every standard, for hospitals. We have measured and studied it in great detail. It is especially true for other public institutions, including colleges and universities. In Ontario, colleges and universities are funded at 80 per cent of the Canadian average. When you consider the extent to which we, because of the size of the province, determine that Canadian average, that disparity of 20 per cent is in fact much greater than it appears. It extends across all types of public institutions in Ontario.

I ask the committee to consider the implications of that. We think the problem urgently needs attention. It is clearly not in the national interest that core public services in the province that is the major funder of the transfer system should be underfunded relative to the rest of the country. It is not in the interests of anybody, whether a donating or receiving province.

I will conclude by saying it is time for the health care debate to move beyond the ideological focus that emerges whenever questions of sustainability and form are raised. For example, the mere suggestion that there is a need for more public-private partnerships provokes accusations about two-tier health care. This is manifestly untrue. The private sector has always had a role in health care in Canada. Instead of erecting barriers to their participation in our national project of improving health care, we should be building bridges to ensure that the private and public sectors help build the system of the future together. Your report outlines some ideas as to how that might be done. In doing so, I think your committee has rendered Canadians a distinguished service.

**The Deputy Chairman:** I made particular note of the statistics regarding Ontario. As an Ontario senator, I have often said

ments, qui décrivent les résultats cliniques, les perceptions des patients à l'égard du régime de même que la rapidité et le succès des innovations majeures. Si vous croyez, comme moi, que la première exigence lorsqu'on mesure quoi que ce soit est de le faire de façon globale, alors nous avons vraiment un problème. Ce genre de système de fiches de rendement n'existe pas dans les autres provinces et territoires.

Il y a une logique à cela. Les services de soins de santé d'un bout à l'autre du Canada seraient mieux servis si les autres provinces mettaient en place de tels systèmes pour qu'il puisse y avoir plus de points de comparaison.

Je crois que ma troisième observation va vous surprendre. Elle concerne la position de l'Ontario au sein du système financier fédéral. De façon presque imperceptible, notre pays a évolué d'une manière qui fait que pratiquement tous les services publics de base en Ontario sont financés beaucoup moins généreusement que dans toutes les autres provinces du Canada. Le financement est maintenu à des niveaux qui sont beaucoup moins avantageux pour les consommateurs que dans les autres provinces. Cela est vrai pour les hôpitaux, quels que soient les critères sur lesquels on se fonde. Nous avons mesuré et fait une étude très approfondie de la situation. Cela est particulièrement vrai pour les autres établissements publics, comme les collèges et les universités. En Ontario, les collèges et les universités sont financés à 80 p. 100 de la moyenne canadienne. Compte tenu de la mesure dans laquelle nous contribuons à déterminer cette moyenne canadienne, en raison de la taille de la province, cet écart de 20 p. 100 est en fait beaucoup plus grand qu'il ne semble l'être. Cela s'applique à toutes sortes d'établissements publics en Ontario.

Je demande au comité de réfléchir aux conséquences de cela. Selon nous, c'est un problème sur lequel on doit se pencher de façon urgente. Il n'est clairement pas dans l'intérêt national que les services publics de base dans la province qui finance la plus grande partie du système de transfert soient sous-financés relativement au reste du pays. Ce n'est pas avantageux pour personne, ni pour les provinces qui donnent, ni pour celles qui reçoivent.

Je terminerai en disant qu'il est temps que le débat sur les soins de santé aille au-delà de l'aspect idéologique qui émerge chaque fois que des questions de viabilité et de forme sont soulevées. Par exemple, il suffit de laisser entendre qu'il faut accroître les partenariats entre le secteur public et le secteur privé pour se faire accuser de vouloir mettre sur pied un régime de soins de santé à deux vitesses. C'est manifestement faux. Le secteur privé a toujours eu un rôle à jouer dans les soins de santé au Canada. Au lieu d'ériger des obstacles à la participation du secteur privé à notre projet national d'amélioration des soins de santé, nous devrions jeter des ponts pour voir à ce que les secteurs public et privé travaillent ensemble pour bâtir le régime de soins de santé de l'avenir. Votre rapport énonce certaines idées sur la façon de s'y prendre. En faisant cela, je crois que votre comité a rendu un grand service aux Canadiens.

**La vice-présidente:** J'ai remarqué particulièrement les statistiques concernant l'Ontario. En tant que sénateur de l'Ontario, j'ai



publicly that Ontario people are the last to complain about the inequities of the system across the country.

**Senator Keon:** My questions will overlap, starting with you, Mr. MacKinnon. I am very interested in the private financing of hospitals themselves. I have been struck over the last few years by how easy it is to raise money on the stock market for a good idea. I had no idea how easy it was until I got into raising money for a few scientific inventions.

It seems to me that we are in a tremendous crisis, or at least redevelopment, of our health system in Canada. We are bogged down in spending all our money on hand-to-mouth and day-to-day activities and have no "change" money. I have raised the question with a number of witnesses as to whether we should try to force the federal government to do what they did in the 1960s. At that time, they threw a lot of money into the pot that the provinces were allowed to spend at their discretion, but they had to go to the federal government for change money, for development money.

You hit on the other option in your presentation. I would like to further pursue the private financing of hospitals with you. It would not seem to be a Herculean task for many hospitals to go public and raise money on the market. If the shareholders had a vested interest in the success of the hospital, they would be involved in its management. I can only see that leading to a lot of good in a lot of ways. Certainly, management would be more interested than volunteers who serve on boards. I am not being critical of those volunteers, by the way.

What are your thoughts on whether private financing of hospitals is possible or not? How close are we to innovative ways to pursue that?

**Mr. MacKinnon:** I will respond in two parts. First I will describe the extent of the problem of capital investment in hospitals. Second, I will talk about how to go about establishing a private goal that is consistent with the present system.

At the moment, if you took all the directions recommended by the Health Services Restructuring Commission relating to hospitals and added in the ordinary expenditures on equipment and so forth, over the next five years, it would consume the entire capital budget of the Province of Ontario. Clearly, those recommendations have to be implemented over time. No one would contemplate not building the highways or not repairing roads or not worrying about municipal transit systems. We have to stretch those requirements out over time if we are to keep the system in any kind of contemporary shape. We have studied those numbers, and I include many of them in my submission.

souvent dit publiquement que les habitants de cette province étaient les derniers à se plaindre des iniquités du régime d'un bout à l'autre du pays.

**Le sénateur Keon:** Mes questions se chevaucheront, en commençant par vous, monsieur MacKinnon. Je m'intéresse beaucoup au financement privé des hôpitaux eux-mêmes. J'ai été frappé, ces dernières années, de voir à quel point il était facile d'aller chercher des fonds sur le marché boursier pour financer une bonne idée. Je ne savais vraiment pas à quel point cela pouvait être facile jusqu'à ce que je me mette à chercher des fonds pour financer quelques inventions scientifiques.

Il me semble que notre régime de soins de santé au Canada est en crise, ou du moins en restructuration. Nous nous enlisons en dépensant tout notre argent pour financer les activités au jour le jour et il ne nous reste plus rien pour faire des changements. J'ai demandé à d'autres témoins s'ils étaient d'avis que nous devrions essayer de forcer le gouvernement fédéral à faire ce qu'il a fait dans les années 60. À ce moment-là, il avait mis à la disposition des provinces beaucoup d'argent qu'elles pouvaient dépenser à leur discrétion, mais elles devaient s'adresser au gouvernement fédéral afin d'obtenir de l'argent pour faire des changements, pour financer des activités de développement.

Vous avez abordé l'autre option dans votre exposé. Je voudrais discuter davantage avec vous de la question du financement privé des hôpitaux. Il ne semble pas que ce serait une tâche herculéenne pour bien des hôpitaux que de faire appel public à l'épargne et d'aller chercher des fonds sur le marché. Si les actionnaires avaient un intérêt direct dans le succès de l'hôpital, ils participeraient à sa gestion. À mon avis, cela ne peut qu'avoir des effets positifs de bien des façons. Il est certain que la direction serait plus intéressée que les bénévoles qui siègent aux conseils d'administration. Qu'on sache bien que je ne suis pas en train de critiquer ces bénévoles.

Que pensez-vous du financement privé des hôpitaux? Croyez-vous que c'est possible ou non? Sommes-nous près de trouver des façons novatrices de réaliser cela?

**M. MacKinnon:** Je vais répondre en deux volets. Premièrement, je vais décrire l'ampleur du problème des dépenses en capital dans les hôpitaux. Deuxièmement, je vais parler de la façon de s'y prendre pour établir un objectif de financement privé qui convienne au régime actuel.

Actuellement, si on prenait toutes les recommandations de la Commission de restructuration des services de santé concernant les hôpitaux et qu'on y ajoutait les dépenses ordinaires d'équipement et ainsi de suite, sur les cinq prochaines années, cela épuiserait tout le budget des dépenses en capital de la province de l'Ontario. Évidemment, ces recommandations doivent être mises en oeuvre graduellement. Personne n'envisagerait de ne pas construire d'autoroutes ou de ne pas réparer les routes ou de négliger les systèmes de transport en commun urbain. Nous devons étirer ces besoins sur plusieurs années si nous voulons que notre régime garde un certain caractère contemporain. Nous avons étudié les chiffres, et j'ai inclus beaucoup d'entre eux dans mon mémoire.

One way we have contemplated enlisting the private sector is through various forms of pool lending. We have discussed forms of build-to-lease and to-operate. We have had a committee drawn from the banking industry and the hospitals working aggressively on these. We believe there is much that we can learn from other jurisdictions. At the end of the day, we absolutely have to enlist the private sector if Ontario's nurses and physicians are to work in modern facilities.

We have released a preliminary report describing some of the options. We are now at a much more detailed stage. I am hopeful that over the next year or so, we will see some pilot projects in Ontario. In particular, hospital facilities are to be leased to the hospital boards. Payments will be stretched out over time, and it should be possible to accommodate this in the modern system.

I should comment on one thing you mentioned, the role of community people. I think hospital boards have been exceptionally skilled at raising money for equipment. We are concerned about the "bulge" that I have referred to for an important reason. If hospitals run charity campaigns of great intensity across the province of Ontario, there is a risk of crowding other people out. We would much prefer that those fundraising efforts continue, but there is a point at which they could become counterproductive. Therefore, it makes sense to talk about build-to-lease, pool lending and all those other measures learned from the practice of other jurisdictions, rather than rely too much on voluntary fundraising. That can have negative consequences for other groups that depend upon public contributions.

**Ms Grinspun:** If I might comment on the same question. You suggest that shareholders would be more interested in the management of hospitals. It seems to me there is a belief or assumption that the management of hospitals is inefficient. I do not think that is the case. I worked for many years in a hospital as director of nursing. I have visited the entire province in the last six years, and I do not think that that is the case. I would suggest that there are other issues within the hospital sector that need to be addressed. The use of technology is one of them. It is a huge expense. We are not always sufficiently critical of the choice of technology and when to implement it. Another is the utilization of technology. Dr. Decter offered an example with MRIs. I worked in the U.S. for six years. Yes, there was an MRI in every corner in some hospitals. Others went without. I have worked in countries where some of this machinery is working 24 hours a day and people are served at different times of the day and night. We should look at efficient utilization of the equipment we have.

Une façon que nous avons envisagée pour faire appel au secteur privé serait au moyen de diverses formes de prêts collectifs. Nous avons discuté de certaines possibilités de construction aux fins de location et de construction aux fins d'exploitation. Un comité formé de représentants du secteur bancaire et du milieu hospitalier travaille énergiquement à ce dossier. Nous croyons que nous avons beaucoup à apprendre de ce qui se fait ailleurs. En bout de ligne, nous devons absolument faire appel au secteur privé si nous voulons que les infirmières et les médecins de l'Ontario travaillent dans des installations modernes.

Nous avons publié un rapport provisoire décrivant certaines des options. Nous en sommes maintenant rendus à un stade beaucoup plus détaillé. J'espère que, au cours de la prochaine année, nous verrons certains projets pilotes en Ontario. En particulier, les installations hospitalières doivent être louées à bail aux conseils d'administration des hôpitaux. Les paiements seront échelonnés sur une certaine période, et il devrait être possible de fonctionner ainsi dans le système moderne.

Je dois revenir sur une chose que vous avez mentionnée, et c'est le rôle de la collectivité. Je crois que les conseils d'administration ont été exceptionnellement habiles à aller chercher de l'argent pour acheter de l'équipement. Nous avons cependant une préoccupation, à laquelle j'ai déjà fait allusion. Si les hôpitaux organisent des campagnes de financement intensives partout en Ontario, cela risque de nuire à d'autres groupes. Nous préférons de beaucoup que ces campagnes de financement se poursuivent, mais pas jusqu'au point où elles deviendraient contre-productives. Par conséquent, il est sensé de parler de construction aux fins de location, de prêts collectifs et de toutes ces autres mesures que nous avons vues ailleurs, au lieu de trop compter sur le financement volontaire. Cela peut avoir des conséquences négatives pour d'autres groupes qui dépendent des contributions du public.

**Mme Grinspun:** J'aimerais faire quelques remarques sur la même question. Vous laissez entendre que les actionnaires s'intéresseraient davantage à la gestion des hôpitaux. Il semble y avoir une croyance ou une présomption selon laquelle la gestion des hôpitaux est inefficace. Je ne crois pas que ce soit le cas. J'ai travaillé dans un hôpital pendant plusieurs années à titre de directrice des soins infirmiers. J'ai parcouru toute la province au cours des six dernières années et je ne crois pas que ce soit le cas. Je dirais qu'il y a d'autres questions dans le secteur hospitalier sur lesquelles on doit se pencher. Le recours à la technologie est l'une d'entre elles. C'est une dépense énorme. Nous ne jetons pas toujours un regard suffisamment critique sur le choix de technologie et l'opportunité d'y avoir recours. Une autre est la façon d'utiliser la technologie. M. Decter a donné l'exemple des machines à imagerie par résonance magnétique. J'ai travaillé aux États-Unis pendant six ans. Oui, dans certains hôpitaux, il y avait des machines IRM dans tous les coins. Dans d'autres, il n'y en avait pas. J'ai travaillé dans des pays où certaines de ces machines fonctionnaient 24 heures par jour et où les gens étaient servis à différentes heures du jour et de la nuit. Nous devrions chercher à faire une utilisation efficace de l'équipement que nous avons.



I also believe that hospital services continue to over-rely on providing all health care needs. This over-reliance is at the expense of looking at home care, primary health care, long-term care — and not institutionalized long-term care, but other menus and programs for the elderly. We speak about an increasingly ageing population, but we provide few answers to what we should do about that in the future.

**Senator Keon:** Ms Grinspun, I agree with you that hospitals really are very well run right across the country and in Ontario. However, we have a problem. We do not have the venture capital necessary to make change. For example, in research, if you make a discovery, you can obtain the venture capital from the private sector and build a lab or a factory, as needed, to proceed with your product. We do not have that flexibility in the health sector. That is the point I was coming to.

Our community access centres, and some of our community clinics, are not working out as well as they should. The reason is that they are starved of development money. I raised something with Dr. Decter that I have raised repeatedly. We have reached the point where we have to separate payer, provider and evaluator. If we maintain the principles of our government to date, we can do that. When we get down to the provider sector, it does not matter who provides the care, as long as it is up to the standard that the evaluators demand. The evaluators have to be government controlled.

Let me take you out to the community. There is no reason in the world why some community access centres or community clinics could not be small corporations, operated by nurses and doctors, physiotherapists and other health professionals who could be shareholders, if they were providing a service up to a given standard. They could also get investment from other people. I am quite aware that this frightens people. They think this means we are "going American." We have not spent a lot of time looking at the American system because we do not want to go American. However, we have to think of improvised ways of improving our Canadian system.

Nursing is front and centre in community care. It has to be. I agree with you that we have to find a different way of remunerating physicians or we will not get anywhere with that one either. What do you think of the concept of some community care access centres and community clinics being publicly owned?

**Ms Grinspun:** Let me comment on a couple of points you made. First of all, community care access centres are a phenomenon, especially in Ontario. We are creating parallel structures all over the place. We have community care access centres that are supposed to coordinate services. Now we will have family health networks that are supposed to do the same thing. I have discussed these with government officials. I do not

Je crois aussi que les services hospitaliers continuent de trop compter sur eux-mêmes pour répondre à tous les besoins en matière de soins de santé, et ce, au détriment des soins à domicile, des soins de santé primaires, des soins de longue durée et des programmes pour personnes âgées autres que les soins de longue durée en établissement. Nous parlons du vieillissement de la population, mais nous fournissons très peu de réponses sur ce que nous devrions faire à ce sujet à l'avenir.

**Le sénateur Keon:** Madame Grinspun, je suis d'accord avec vous pour dire que les hôpitaux sont très bien gérés partout dans le pays et en Ontario. Cependant, nous avons un problème. Nous n'avons pas le capital de risque nécessaire pour faire des changements. Par exemple, en recherche, si on fait une découverte, on peut obtenir du secteur privé le capital de risque nécessaire pour bâtir un laboratoire ou une usine, selon le cas, pour fabriquer le produit. Nous n'avons pas cette flexibilité dans le secteur des soins de santé. C'est là où je voulais en venir.

Nos centres d'accès aux soins communautaires et certaines de nos cliniques communautaires ne fonctionnent pas aussi bien qu'ils le devraient. La raison à cela est qu'ils n'ont pas de fonds de développement. J'ai soulevé avec M. Decter une question que j'ai soulevée à maintes reprises. Nous avons atteint le point où nous devons séparer le payeur, le fournisseur et l'évaluateur. Si nous maintenons les principes de notre gouvernement jusqu'à maintenant, nous pouvons le faire. Lorsqu'on arrive au secteur des fournisseurs, le fait que ce soit un fournisseur ou un autre qui fournit les soins n'a pas vraiment d'importance, pourvu que les normes exigées par les évaluateurs soient respectées. Les évaluateurs doivent être contrôlés par le gouvernement.

Allons maintenant dans la collectivité. Il n'y a aucune raison pour que certains centres d'accès aux soins communautaires ou certaines cliniques communautaires ne puissent pas être de petites sociétés exploitées par des infirmières, des médecins, des physiothérapeutes et d'autres professionnels de la santé qui pourraient être actionnaires, pourvu que les services qu'ils offrent respectent des normes données. Ils pourraient aussi obtenir des investissements d'autres personnes. Je suis bien conscient du fait que cela fait peur aux gens. Ils pensent que cela veut dire que nous nous dirigeons vers le modèle américain. Nous n'avons pas passé beaucoup de temps à examiner le modèle américain parce que nous ne voulons pas l'imiter. Cependant, nous devons penser à des façons improvisées d'améliorer notre régime canadien.

Les soins infirmiers sont au premier plan des soins communautaires. C'est essentiel. Je suis d'accord avec vous pour dire que nous devons trouver une façon différente de rémunérer les médecins, autrement nous n'irons nulle part sur ce plan non plus. Que pensez-vous de l'idée que certains centres d'accès aux soins communautaires et certaines cliniques communautaires soient des sociétés ouvertes?

**Mme Grinspun:** J'aurais quelques remarques à faire sur certains des points que vous avez soulevés. Premièrement, les centres d'accès aux soins communautaires sont un phénomène, particulièrement en Ontario. Nous créons des structures parallèles partout. Nous avons des centres d'accès aux soins communautaires qui sont censés coordonner les services. Maintenant nous aurons des réseaux de soins de santé en milieu familial qui sont

think it is to the benefit of the public to have parallel structures. We cannot speak about integration, and at the same time, create isolated, parallel structures.

I fully agree that there are significant problems with community care access centres the way they are today. There are also overlaps between what the community access centre does and what the nurse who provides the care does.

There are no provincial standards on what community care access centres in different areas of the province should be providing. I fully agree we have a problem there.

We do not have a problem with the private provision. When I say "I" or "we," I am referring to nurses, and particularly to nurses in Ontario. What is the incentive? For example, you can have private, not-for-profit institutions where making money is not an incentive, and therefore whatever is being done is in response to the need for quality service to which you refer, and not to make trouble for whoever else. I believe we have a common language there.

We must start to seriously develop those services. Primary health care is the most important one because it will discourage people from going to a hospital in the middle of the night. Home care must be further developed so people with chronic conditions can be treated at home and hospital patients can be discharged earlier when appropriate. Sometimes, we do not discharge because we simply do not have the service. I am involved at least twice a month with clients who wish to leave the hospital. However, they cannot because no nurse is available in the home care sector because of the way we are developing it. Much is needed. However, when we go beyond talk to actual funding, most of it ends up in what I would call "walls" care, that is, institutionalized care.

This also applies to the elderly. We are creating 20,000 new beds in Ontario. We will be institutionalizing everyone. My parents do not want that. They want to stay at home. I do not want that, and I am sure you do not either. We are not developing alternative models of care for the elderly that will allow us to do what we say we want to do, which is to keep people in their homes.

**Mr. MacKinnon:** Much of that I would disagree with. I will make three comments, if I may. One is that on the management of change, I believe we are doing a little better and there is more room and more local experimentation that is working out wonderfully. For example, our system report card shows that the number of hospitals sharing patient information electronically with positions outside of the hospital doubled from 1999 to 2001;

censés faire la même chose. J'ai discuté de la question avec des représentants du gouvernement. Je ne crois pas que ce soit avantageux pour le public d'avoir des structures parallèles. Nous ne pouvons pas parler d'intégration tout en créant des structures parallèles isolées.

Je reconnais que les centres d'accès aux soins communautaires sous leur forme actuelle posent des problèmes importants. Il y a aussi des chevauchements entre ce que les centres d'accès aux soins communautaires font et ce que l'infirmière qui fournit les soins fait.

Il n'existe pas de normes provinciales en ce qui a trait aux services que les centres d'accès aux soins communautaires dans diverses régions de la province devraient offrir. Je reconnais que nous avons un problème à cet égard.

Nous n'avons pas de problème avec les soins fournis par le secteur privé. Lorsque je dis «je» ou «nous», je veux dire les infirmières, particulièrement celles de l'Ontario. Quelle est la motivation? Par exemple, on peut avoir des établissements privés sans but lucratif qui ne sont pas motivés par le profit et, par conséquent, tout ce qui s'y fait est en réponse au besoin de fournir les services de qualité dont vous avez parlé. On ne cherche pas à faire des ennuis à qui que ce soit. Je crois que nous parlons le même langage ici.

Nous devons commencer à développer sérieusement ces services. Les soins de santé primaires sont les plus importants parce que cela décourage les gens d'aller à l'hôpital au milieu de la nuit. On doit développer davantage le secteur des soins à domicile afin que les malades chroniques puissent être traités chez eux et que les malades hospitalisés puissent obtenir leur congé plus tôt lorsque cela convient. Parfois, nous ne pouvons pas donner leur congé aux patients parce que nous n'avons tout simplement pas de services de soins à domicile. Au moins deux fois par mois, j'ai affaire à des patients qui veulent quitter l'hôpital, mais qui ne peuvent pas le faire parce qu'il n'y a pas d'infirmière disponible dans le secteur des soins à domicile à cause de la façon dont nous développons ce secteur. Il y a beaucoup à faire. Toutefois, lorsque les paroles cèdent la place à des mesures concrètes, en l'occurrence du financement, la majeure partie des fonds se retrouve dans le secteur des soins en établissement.

Cela s'applique également aux personnes âgées. Nous créons 20 000 nouveaux lits en Ontario. Nous allons mettre tout le monde dans des établissements. Mes parents ne veulent pas cela. Ils veulent rester à la maison. Je ne veux pas cela, et je suis certaine que vous ne voulez pas cela non plus. Nous ne développons pas de nouveaux modèles de soins pour les personnes âgées qui nous permettront de faire ce que nous disons que nous voulons faire, soit permettre aux gens de rester chez eux.

**M. MacKinnon:** Je ne suis pas d'accord avec vous sur la plupart des points que vous avez soulevés. Je vais faire trois remarques, si vous me le permettez. La première est que, sur la question de la gestion du changement, je crois que nous nous sommes améliorés et qu'il y a plus de souplesse et plus de projets pilotes au niveau local, et cela fonctionne merveilleusement bien. Par exemple, nos fiches de rendement révèlent que le nombre



an incredible rate of change. That is the key to any sort of user-friendly retail service.

Let me say that it supports your observation on local initiative. In Sault Ste. Marie, we have a large group practice that has a joint executive committee with the local hospitals. The group practice does many of the things that Ms Grinspun has recommended, and it does so in conjunction with the hospital. A fairly tight relationship exists there. A similar one exists in Parry Sound where a new type of health enterprise has emerged. Regarding the management of change, therefore, and notwithstanding all the pressures, I would be less pessimistic in looking at the system in that respect.

On the fundamental issue of community versus institutional care, I think in Canada we have been very careless. A few years ago we came across about 100 studies worldwide on where care can be delivered most efficiently and effectively. No generalization is possible. Initially, you need to go down into the particular illness or the particular condition, and you might have to do that with respect to several dozen of those illnesses and conditions, and then decide just where it is best to do something.

I do not happen to share Ms Grinspun's view on retirement. My parents have just moved from their family home into a retirement residence, and that was the best thing that had ever happened to them. Their home had become a prison; now they are no longer socially isolated. My three siblings and I are delighted that we have finally got them out of the house. However, one cannot just make that kind of a judgment; one needs to consider the circumstances of the individuals involved.

Finally, I wish to make one plea: In Ontario, for many years we never added up the operating plans of Ontario's hospitals to support provincial budget decisions. We produced no information that was publicly available on what actually happened in hospitals, such as outcomes, readmission rates, complication rates and so on. I believe a large part of our problem in Canadian health care is because provincial governments generally, and the health care system in particular, have not used ordinary business numeracy practices in approaching this problem. If we did that, and basically copied the report card system and the systems that we are now developing, we would see a lot of our problem at least lessen, if not disappear.

It is quite shocking to me that, for 30 long years in Ontario, between \$50 billion and \$100 billion changed hands. No one ever talks publicly about the output; no one ever adds up the operating plans. All the basic tools of numeracy are not used. I think that is a large part of our problem. We can do a lot better by improving how provinces manage their relationship with health care facilities and how numerate they are while doing it.

d'hôpitaux qui partagent des renseignements sur les patients de façon électronique avec des personnes à l'extérieur de l'hôpital a doublé entre 1999 et 2001, ce qui représente un taux de changement incroyable. C'est la clé de tout genre de service de détail convivial.

Je dirai que cela appuie votre observation au sujet des initiatives locales. À Sault Ste. Marie, nous avons un grand centre de médecine de groupe qui a un comité exécutif mixte avec l'hôpital local. Le centre de médecine de groupe fait beaucoup des choses que Mme Grinspun a recommandées, et il le fait en collaboration avec l'hôpital. Il existe une relation assez étroite entre les deux. La situation est semblable à Parry Sound, où un nouveau type d'entreprise de soins de santé a fait son apparition. Donc, concernant la gestion du changement, et malgré toutes les pressions, je serais moins pessimiste en regardant le régime dans cette perspective.

Sur la question fondamentale des soins communautaires par rapport aux soins en établissement, je crois que nous avons beaucoup manqué de vigilance au Canada. Il y a quelques années, nous sommes tombés sur une centaine d'études à l'échelle mondiale sur l'endroit où les soins peuvent être fournis de la façon la plus efficace et efficiente. On ne peut pas faire de généralisation. Au départ, il faut examiner de façon approfondie la maladie ou la pathologie, et il faudra faire cela pour plusieurs douzaines de ces maladies et pathologies, et décider ensuite où exactement il est préférable d'intervenir.

Je ne partage pas l'opinion de Mme Grinspun concernant la retraite. Mes parents viennent de quitter leur maison pour s'installer dans une résidence pour personnes âgées, et c'est la meilleure chose qui leur soit jamais arrivée. Leur maison était devenue une prison. Maintenant, ils ne vivent plus isolés socialement. Les quatre enfants de la famille sommes heureux de les avoir finalement fait sortir de leur maison. Cependant, on ne peut pas prendre une telle décision à la légère; il faut prendre en considération les circonstances et la nature des personnes en cause.

Enfin, j'aimerais faire un plaidoyer. Pendant de nombreuses années, en Ontario, on n'a jamais fait la somme des plans de fonctionnement des hôpitaux de la province aux fins des décisions budgétaires. On n'a jamais diffusé de l'information sur ce qui se passe vraiment dans les hôpitaux, par exemple sur les résultats, les taux de réadmission ou de complications, et ainsi de suite. Je pense qu'une grande partie du problème dans les soins de santé au Canada est liée au fait que les gouvernements provinciaux, en général, et le système de santé en particulier, n'ont pas utilisé les méthodes de calcul couramment employées dans l'entreprise privée. S'ils l'avaient fait, et s'ils avaient eu recours aux carnets de santé et aux systèmes que nous sommes en train de mettre au point, ils auraient pu amoindrir le problème, voire même le régler.

Je trouve assez consternant que, pendant 30 longues années, entre 50 et 100 milliards de dollars ont changé de mains en Ontario. Personne ne dit publiquement ce qu'on a fait avec ces sommes; personne ne fait le regroupement des plans de fonctionnement. On n'utilise pas toutes les méthodes élémentaires de calcul. C'est là une grande partie du problème, à mon avis. Nous pourrions obtenir de bien meilleurs résultats en améliorant la

**Senator Morin:** I have been going through your report here. I thank you for your submission. You have very good data there. A large part of your submission deals with stable funding from the federal government. I would like to pose two questions here: Should we also consider stabilizing the funding from the provincial governments? There has been a problem there. Provincial funding has been up and down in many provinces. Second, what are your views on the stability of federal funding in the context where government priorities change? The period since September 11 has been a good example of that. Some other events of the future may change the priorities of the government. The Canadian public follows the government on this. I think. It is very difficult to have stable funding if priorities change. There may be some national crisis where health is no longer the priority, and funding may actually be reduced for health.

I understand the necessity for the stability of funding but, faced with the political reality of changing priorities, what are your views on that? Let us not discuss federal and provincial spending and what the percentages are. That is not part of my question.

**Mr. MacKinnon:** I would like to make a purely personal comment on what is likely to happen. One has to be respectful of the political process governments have to face on this issue. There is a fundamental mismatch between what people want in health care and what they are willing to pay for through their tax system; there is little doubt about that. I could sit here and say: Would it not be wonderful if we could have stable funding and all the basic percentages could be built in? But I am under no illusions. I think taxpayers are not willing, over time, to carry on in that way.

I believe the system of the future will have three different revenue streams attached to it: The first will be core funding that governments provide for their equity and service goals that they believe are politically appropriate. You have explored the second stream in your report. Some of those ideas are in there, so I wanted to say how much I think that that is an asset.

The second stream would be co-insurance. For one thing, we have to get at the issue of lifestyle causes for many of the problems we are trying to deal with in health care. A portion of the revenue that goes into the system that comes in through some sort of insurance system would be helpful in that sense.

The third stream would come from services that people are willing to pay for on their own, outside the core Health Act. For example, you might have an Internet-based patient record for a person and his or her family. They might pay for that because,

façon dont les provinces gèrent leurs établissements de santé, et les méthodes de calcul qu'elles emploient à cette fin.

**Le sénateur Morin:** Je viens de parcourir votre rapport. Je vous remercie de nous avoir présenté ce document. Il renferme de très bonnes données. Une bonne partie de votre rapport traite de la nécessité d'un financement stable de la part du gouvernement fédéral. J'aurais deux questions à vous poser. Premièrement, devrait-on envisager de stabiliser le financement provenant des provinces? On constate qu'il y a un problème sur ce plan. Dans bien des provinces, le financement à ce palier de gouvernement varie énormément. Deuxièmement, que pensez-vous de la stabilité du financement provenant du gouvernement fédéral, advenant un changement dans l'ordre des priorités du gouvernement? Pensons, par exemple, à la période qui a suivi les événements du 11 septembre. D'autres événements pourraient un jour changer les priorités du gouvernement. La population canadienne appuie, je pense, les décisions du gouvernement dans les circonstances. Il est très difficile de garantir un financement stable lorsque changent les priorités. Il pourrait survenir une crise nationale reléguant la santé au second plan et réduisant la quantité de fonds qu'on avait prévu lui accorder.

Je comprends la nécessité d'un financement stable, mais nous devons composer avec des priorités changeantes, qui sont bien réelles en politique. Qu'en pensez-vous? Inutile de parler de la part de financement du fédéral et des provinces. Ce n'est pas là l'objet de ma question.

**M. MacKinnon:** J'aimerais exprimer une opinion tout à fait personnelle sur ce qui risque de se produire. Il faut reconnaître les processus politiques avec lesquels les gouvernements doivent composer. Il existe une différence fondamentale entre ce que les gens veulent en matière de soins de santé, et ce qu'ils sont disposés à payer, par l'entremise du système d'imposition. Cela ne fait aucun doute. Je pourrais vous dire qu'il serait merveilleux de pouvoir compter sur un financement stable et des pourcentages de participation clairement établis, mais je ne me fais pas d'illusions. Je pense que les contribuables ne sont pas prêts à suivre cette voie.

Je dirais que le système de l'avenir s'appuiera sur trois sources de revenus différentes. La première sera le financement de base que fournissent les gouvernements afin de servir les buts en matière de service et d'équité qui leur paraissent rentables au plan politique. Vous avez parlé de la deuxième source de financement dans votre rapport. Certaines de vos idées se retrouvent ici, et je tiens à dire à quel point je pense qu'elles pourraient être profitables.

La deuxième source de revenus, donc, est la coassurance. Nous devons, entre autres choses, examiner la question du style de vie, qui est à l'origine de bon nombre des problèmes que l'on tente de régler dans le domaine de la santé. Une partie des revenus tirés d'un régime d'assurances quelconque pourrait être utilisée à cette fin.

La troisième source de revenus serait les sommes d'argent que les gens voudraient bien payer pour obtenir des services non visés par la Loi canadienne sur la santé. Par exemple, une personne pourrait vouloir avoir une fiche médicale sur Internet grâce à



wherever they go in the world, information on their health could be as easily accessible as your banking information is when you use a bank card.

In summary, what I think will emerge from the next four or five years, after a national debate of these issues, would be a system based on those three different kinds of streams. There will be somewhat less political pressure on governments to fund everything all the time. There will also be less pressure on providing a complete entitlement system as opposed to a system with some role for personal health management and the consequences thereof.

**Ms Grinspun:** I would like to offer a comment on that point. We have discussed this subject in the past, and my friend David and I strongly disagree on this issue. I do not speak on a personal but on a nursing basis. I am referring to services that are needed, not to plastic surgery to look better or something like that. What this menu suggests is that some will go without if they cannot pay.

I remind this committee here that Medicare has delivered on its promise, if we look at the GDP. This is despite our need to make changes to it because we now want to move services to the community, as opposed to when we started this initiative. Before Medicare, we spent around 7 per cent of the GDP. We are spending 9.3 per cent in the last three years with this table. The U.S. is spending over 14 per cent. Indeed, they are looking at 17 per cent unless they delist more services for the elderly.

The question is: Is that where we want to go? Some elderly, like Mr. MacKinnon's parents or my parents, can afford a good residential home. However, I have lived and worked in three different countries. I have no doubt that a portion of the elderly will not have the means to pay. Simply, the state will have to pick up on that cost, which will impact on our spending anyway. We cannot just leave those elderly in the street and say: "Who cares?" Those issues need to be taken into consideration when we are proposing different models for payment.

**Senator Robertson:** In your presentation, Mr. MacKinnon, I note that you are saying on page three of this document that:

According to the Ontario Hospital Association it is becoming increasingly clear that reforming our health care system effectively will require changes to the Canada Health Act.

You go on to say:

With the exception of the four principles of universality, comprehensiveness, accessibility, and portability, all of which are patient-oriented, the rest of the act should be on the table.

laquelle, où qu'elle aille dans le monde, elle pourrait avoir facilement accès aux renseignements médicaux la concernant, comme dans le cas de l'information bancaire accessible à l'aide d'une carte bancaire. Il lui faudrait alors payer pour ce genre de service.

En résumé, je pense que dans quatre ou cinq ans, une fois qu'on aura débattu de toutes ces questions à l'échelle nationale, on se retrouvera avec un système articulé sur ces trois sources de financement. Un tel système soulagera quelque peu les gouvernements, à qui on demande de toujours tout financer. Ceux-ci n'auront plus à assurer une protection complète et transféreront aux citoyens une partie des responsabilités concernant la gestion de leur santé personnelle et les conséquences de cette gestion.

**Mme Grinspun:** J'aimerais faire un commentaire sur ce point. Nous avons discuté de cette question dans le passé, sur laquelle mon ami David et moi entretenons des vues diamétralement opposées. Je ne parle pas au plan personnel, mais sous le rapport des soins infirmiers. Je pense aux services vraiment nécessaires, pas aux chirurgies plastiques pour améliorer son apparence ou des choses du genre. Ce que ce projet laisse entrevoir, c'est que des personnes seront privées de services si elles n'ont pas les moyens de payer.

Je rappelle au comité que l'assurance-santé a rempli ses promesses, si on regarde le pourcentage du PIB qui est consacré à la santé, et ce malgré le fait qu'il nous faille y apporter des changements parce que nous voulons transférer des services dans la communauté, ce qu'on n'avait pas envisagé lorsqu'on a lancé cette initiative. Avant l'avènement de l'assurance-santé, le Canada dépensait 7 p. 100 de son PIB dans les soins de santé. Or, au cours des trois dernières années, nous avons consacré 9,3 p. 100 de notre PIB à ce poste de dépenses. Les États-Unis consacrent plus de 14 p. 100 de leur PIB à la santé, et ce chiffre pourrait bien passer à 17 p. 100 s'ils ne rayent pas de leur liste d'autres services gratuits offerts aux personnes âgées.

Ma question est la suivante: est-ce cela que nous voulons faire? Certaines personnes âgées, comme mes parents et ceux de M. MacKinnon, peuvent se permettre d'habiter dans une résidence confortable pour personnes âgées. Toutefois, j'ai vécu et travaillé dans trois pays différents, et je sais que beaucoup de personnes âgées n'ont pas les moyens de se payer un tel logement. L'État doit donc assumer une partie des coûts, ce qui a une incidence sur nos dépenses. On ne peut pas laisser ces personnes dans la rue et ne pas s'en préoccuper. Il faut réfléchir à cela lorsqu'on propose des modes de paiement différents.

**Le sénateur Robertson:** J'ai remarqué, monsieur MacKinnon, que vous écrivez ceci à la page 3 du document que vous nous avez remis:

Selon l'Association des hôpitaux de l'Ontario, il est de plus en plus clair qu'une réforme efficace de notre système de santé exigera des modifications à la Loi canadienne sur la santé.

Vous ajoutez ensuite:

Toute la loi est à revoir, à l'exception des quatre principes d'universalité, d'intégralité, d'accessibilité et de transférabilité, qui sont tous axés sur le patient.

I believe a lot of people would agree with that statement. I am not sure about accessibility, because accessibility means different things to different people. The devil, as we say, rests in the detail. Interpretations can be terribly detailed, and sometimes offensively wander off in never-intended directions. I would like accessibility to be looked at more clearly.

Then you say that the rest of the act should be on the table. If the rest of the act were on the table, what would that do to the management of the hospitals, for instance, in your province? How would that make it easier?

**Mr. MacKinnon:** The transformation wrought by technology that we have seen in the hospitals over the last ten years is a shadow of what it is about to become. In the next ten years it is highly probable that health care will become an international industry. At our convention next week we will have a live demonstration of robotic surgery taking place over 200 kilometres. It could as easily be 2,000 kilometres. We will need online access to physicians and nurses, and online computer systems. We will need telephone triage systems of the most advanced type. We will need a payment system or systems to support all of that.

A much greater transformation of health care is about to happen. It may be much more consumer friendly, but the technological skills needed to develop that system and to give it birth are currently not present in the system. We need alliances with the private sector. We need to plant acorns by making different types of arrangements so that places such as the Shouldice Clinic, the Sault Ste. Marie group practice and others can flower. We need the flexibility to let that happen in a way that is consistent with the fundamental principles of the act.

In summary, I would say, just think of how different the future could be if every part of the country had 24-hour telephone triage with the most advanced computer protocols. You would be better off in the hands of the average experienced nurse and/or nurse-practitioner than with most general practitioners under that system. Imagine online access to physicians and nurses all of the time. If we do not do that, ten years from now we will be buying those services from ABC Health Enterprise Inc. in Denver, Colorado. The need is that serious.

**Senator Keon:** It is happening now.

**Mr. MacKinnon:** It is happening now and it is happening very quickly. If we do not develop the flexibility with the private sector to employ their talent in building that system, I think the present system will be almost a distant memory, ten years from now. People will flood to the new possibilities. They should, too, because there are incredible possibilities.

Je pense qu'un grand nombre de gens seraient d'accord avec cette affirmation. Je ne suis pas certaine à propos de l'accessibilité, parce que les gens donnent à celle-ci une interprétation différente. Les détails cachent quelquefois de gros problèmes. Les interprétations peuvent être terriblement détaillées et prendre parfois des tours imprévus. J'aimerais qu'on établisse clairement ce qu'on entend par accessibilité.

Vous prétendez donc que le reste de la loi est à revoir. Une révision complète de la loi améliorerait-elle la gestion des hôpitaux, dans votre province par exemple? Est-ce que cela faciliterait les choses?

**M. MacKinnon:** Les changements apportés par la technologie dans les hôpitaux au cours des dix dernières années ne sont qu'un pâle reflet de ce qui nous attend. Il est fort probable que, dans les dix prochaines années, les soins de santé deviennent une industrie internationale. Au cours de notre convention la semaine prochaine, nous assisterons à une démonstration en direct d'une téléopération robotisée à plus de 200 kilomètres de distance. L'opération pourrait facilement être pratiquée à 2 000 kilomètres de distance. Nous aurons besoin, pour ce genre d'intervention, d'un accès direct à des médecins et des infirmières, et de services informatiques en ligne. Nous aurons besoin des systèmes de triage téléphonique les plus avancés. Et nous aurons besoin d'un ou de plusieurs systèmes de paiement pour financer tout cela.

Le système de santé est sur le point de connaître une transformation encore plus radicale. Il pourrait devenir beaucoup plus convivial, mais on ne dispose pas actuellement des aptitudes technologiques nécessaires pour développer le système. Nous devons forger des alliances avec le secteur privé. Il nous faut semer des graines en prenant différents genres d'arrangements afin que des endroits comme la Clinique Shouldice et le Centre de pratique en groupe de Sault Ste. Marie puissent croître et devenir florissants. Nous devons faire preuve de souplesse pour laisser cette transformation s'opérer, en conformité avec les principes fondamentaux de la loi.

En conclusion, je vous invite à réfléchir à ce que serait l'avenir si chaque coin du pays pouvait compter sur un système de triage téléphonique permanent utilisant les protocoles informatiques les plus perfectionnés. On serait plus en sécurité entre les mains d'une infirmière ordinaire ou praticienne d'expérience qu'avec la plupart des praticiens dans le système actuel. On aurait toujours accès à des médecins et des infirmiers et infirmières en direct. Si on ne réforme pas tout de suite notre système, dans dix ans nous devons acheter ces services de la société ABC Health Enterprise Inc. de Denver, au Colorado. Le besoin est à ce point pressant.

**Le sénateur Keon:** La transformation est en train de s'opérer.

**M. MacKinnon:** Elle s'opère, en effet, et très rapidement. À défaut de faire montre de souplesse à l'égard du secteur privé et d'exploiter les compétences des gens qui y travaillent pour bâtir ce nouveau système dont nous avons besoin, je pense que notre système actuel sera complètement dépassé dans dix ans. Les gens vont se tourner en bloc vers de nouvelles possibilités. Et ils auront bien raison, car ils verront s'offrir à eux des possibilités incroyables.



We need the flexibility, therefore, to allow certain forms of private delivery within the current system. We need new strategic partners with those new technology enterprises. We need them very quickly if the present system is to survive at all.

**Senator Robertson:** Other witnesses have skirted around the edges of that issue but you have enunciated the concerns very well.

I just want to raise something you may wish to think about, and perhaps get back to us. A lot is being said to this committee — and rightly so — about the funding of our health system. That dialogue almost always involves the role of the federal government and of the provinces, and the percentage of funding from one to the other. We know all the changes will make significant differences, national priorities, changes of government, and so on.

Some of us rather think, however, that a stable base of funding would help immensely, especially for smaller provinces. There is little stability in the funding now. Some of us suspect that one of the problems with establishing stable federal funding arises from a practical consideration: taking credit. Here I am not speaking for the committee but for some of the discussions and debates I have had in my own region. All political entities want credit for what they do or what they fund. A group such as this committee and groups like it all across the country understand that there is federal and provincial funding. Federal governments of whatever political persuasion may hesitate with respect to increasing that funding because they are concerned that they will not get credit for it. We all know that politicians like to get credit when they spend money. I have raised this issue before. I would love to have some people put their thinking caps on and see if there are resolutions to that issue.

You cannot have a sign in every waiting room that the federal government is paying for X percentage of a service or for every new building that is built. How could one give credit? Politicians are human. If they make a major contribution, they would like the world to know about it, and not just at the time of the change, which has been forgotten the next day. In the smaller provinces, we find that the governments want to put in blocks of funding in a different way, where there is a sign on the funds. However, that money would not be used for health and higher education.

I have raised this issue to university boards and at home. I feel strongly that if there is a way for federal governments, regardless of their political stripe, to gain credit and to be seen to be doing so by the public, it would be a lot easier to get stable funding.

Nous devons donc faire preuve de souplesse pour permettre la prestation de certains types de services par le secteur privé dans le cadre du système actuel. Nous devons aussi établir de nouveaux partenariats stratégiques avec les entreprises offrant de la nouvelle technologie. Et il nous faudra agir très vite si on tient à la survie du système actuel.

**Le sénateur Robertson:** D'autres témoins ont à peine effleuré cette question, mais je trouve que vous avez très bien cerné le problème.

Je voudrais juste soulever un point auquel vous voudrez peut-être réfléchir et répondre par la suite. On a dit beaucoup de choses au comité à propos du financement de notre système de santé, et avec raison. On revient toujours sur le rôle du gouvernement fédéral et celui des provinces, et sur le pourcentage des dépenses en matière de santé payé par chacun. Nous savons que tous les changements dans les priorités nationales, les changements de gouvernement et ainsi de suite ont des répercussions considérables.

Certains d'entre nous pensent cependant qu'un financement de base stable aiderait grandement les provinces, surtout les plus petites d'entre elles. On constate actuellement très peu de stabilité dans le financement des soins de santé. Il y en a qui soupçonnent que l'une des difficultés à obtenir un financement stable du fédéral réside dans une considération d'ordre pratique: le besoin de s'attribuer du mérite. Ce ne sont pas les membres du comité qui prétendent cela, mais des personnes que j'ai rencontrées dans des discussions et des débats dans ma région. Toutes les entités politiques veulent qu'on leur accorde du mérite pour ce qu'elles font ou pour l'argent qu'elles donnent. Notre comité et des groupes semblables partout au pays comprennent que les gouvernements fédéral et provinciaux participent au financement des services de santé. Le gouvernement fédéral, de quelque allégeance politique que ce soit, peut hésiter à augmenter le financement de crainte qu'on ne lui en attribue pas le mérite. Nous savons tous que les politiciens aiment qu'on reconnaisse qu'ils ont dépensé telle ou telle somme d'argent. J'ai déjà soulevé cette question auparavant. J'aimerais que quelqu'un réfléchisse à des moyens de solutionner ce problème.

Il ne peut pas y avoir des enseignes dans chaque salle d'attente indiquant que le gouvernement fédéral a payé tel ou tel pourcentage d'un service ou des coûts de construction d'un nouvel immeuble. Comment faire, alors, pour attribuer aux gouvernements le mérite qui leur revient? Les politiciens sont humains. S'ils font une contribution majeure, ils aiment bien que le monde entier en soit informé, et pas seulement au moment de cette contribution, qui sera oubliée le lendemain. Dans les plus petites provinces, on s'aperçoit que les gouvernements attribuent des blocs de financement portant une étiquette. Mais cet argent n'est pas utilisé pour la santé et l'enseignement supérieur.

J'ai abordé cette question dans ma circonscription ainsi qu'avec des conseils d'administration d'universités. Je crois fermement qu'il serait beaucoup plus facile d'obtenir un financement stable si le gouvernement fédéral, peu importe son allégeance politique, pouvait recevoir le mérite qui lui revient et la reconnaissance du public.

You may not want to answer that question now. However, I throw it out. If you could think about it and come up with some suggestions, I am one member of this committee that would be most interested.

**Ms Grinspun:** I believe the issue of stable, proper funding by the federal government is an issue of credit. It is also an issue of ensuring that different provinces meet the same standards. I believe this is the critical "stick." I do not like sticks, but sometimes they are needed. If we are looking, for example, at a national pharmacare program funded exclusively by the federal government, that could be one venue. That is one program that could be spearheaded especially by the federal government, in my opinion. Homecare is somewhat different. It needs to be delivered at the access point, but a national pharmacare program could indeed be led by the federal government.

Returning to the previous question of stable funding, this is also an issue for provincial governments. When we get the money, we will use ours for perhaps something else. I suggest not only a recommitment to stable funding but also to multi-year funding. In this way, we can actually plan not only around issues of technology but human resources, too. This is critical.

**Mr. MacKinnon:** We have had the same discussion with the Ontario government. One of the solutions is to fund more by formula than by politics. We have done a lot of works in cooperation with the Ontario government, which has been a very willing contributor, to try to shift the funding system over from one that basically relates to history in annual increments to one that relates to funding.

The funding formula that we have developed is one of great sophistication. It says that governments should fund in accordance with community needs, which can be identified statistically. Some sort of formula funding would put a boundary around the scale of political disagreements that otherwise takes place.

I am hopeful that we can make major progress. The federal government may wish to look at the work we have done. I would be happy to return before this committee and provide any additional information on how that shift to formula funding could take place.

There may be much merit in it for the federal government to think along the same lines for whatever funding does take place. In this way, it would be built into the routine of government. Canadian health care is full of public relations flimflam as governments squabble over who gets the credit. It would be far better to have a formula and avoid that squabbling.

I would ask honourable senators to look at page 25 of the submission we have provided to you. Ontario's fiscal relationship with the federal government is a very serious problem. I have described the extent to which public institutions in Ontario are

Vous ne voudrez peut-être pas répondre à cette question immédiatement, mais je la pose quand même. Si vous pouviez penser à des suggestions, je serais très intéressée de les entendre.

**Mme Grinspun:** Je pense aussi que l'obtention d'un financement stable et suffisant de la part du gouvernement fédéral est liée à la part de mérite que celui-ci peut en tirer. Elle tient aussi au respect des mêmes normes par les provinces. C'est peut-être la contrainte essentielle. Je n'aime pas les contraintes, mais elles sont parfois nécessaires. La mise sur pied d'un programme national d'assurance-médicaments financé entièrement par le gouvernement fédéral serait un exemple. Voilà un programme dont le gouvernement pourrait être le fer de lance, à mon avis. Les soins à domicile sont un chose un peu différente. Ils doivent être offerts au point d'accès, alors que l'assurance-médicaments pourrait très bien être gérée par le gouvernement fédéral.

Pour revenir à la question de la stabilité du financement, je dirais que c'est aussi une responsabilité des gouvernements provinciaux qui, lorsqu'ils reçoivent l'argent du fédéral, sont tentés d'utiliser le leur à d'autres fins. Je préconiserais donc non seulement un nouvel engagement à l'égard d'un financement stable, mais aussi la présentation d'un plan pluriannuel des dépenses. De cette façon, nous pourrions planifier tout ce qui touche la technologie, mais aussi les ressources humaines. Cela m'apparaît comme étant une démarche essentielle.

**M. MacKinnon:** Nous avons eu la même discussion avec le gouvernement de l'Ontario. L'une des solutions envisagées consiste à se fier davantage à des formules qu'à des considérations politiques pour l'attribution du financement. Nous avons beaucoup travaillé avec le gouvernement de l'Ontario, qui était très bien disposé à notre égard, afin de passer d'un système de financement axé sur les dépenses annuelles historiques à un système qui tient vraiment compte des dépenses à effectuer.

La formule de financement que nous avons mise au point est très élaborée. Selon cette formule, les gouvernements doivent établir leur financement en fonction des besoins de la collectivité, que l'on peut déterminer à l'aide de statistiques. Un système de financement suivant une formule donnée limiterait et même éliminerait les désaccords politiques qui surviennent autrement.

J'espère que nous pourrions faire des progrès importants. Le gouvernement fédéral pourrait vouloir examiner le travail que nous avons fait. Je serais heureux de revenir témoigner pour fournir toute information supplémentaire sur la manière dont le passage au financement préétabli pourrait se faire.

Il y aurait peut-être beaucoup d'avantage si le gouvernement fédéral concevait tout son financement de la même manière. Ce mode de financement deviendrait habituel pour le gouvernement. La santé des Canadiens dépend beaucoup des tactiques de relations publiques, quand les gouvernements se querellent à savoir qui bénéficiera des crédits. Il vaudrait mieux avoir une formule qui permettrait d'éviter ces querelles.

J'invite les sénateurs à examiner la page 25 du mémoire que nous avons présenté. La relation de l'Ontario avec le gouvernement fédéral constitue un sérieux problème sur le plan fiscal. J'ai expliqué à quel point les institutions publiques de l'Ontario sont



underfunded, relative to every other jurisdiction in Canada. However, there is a growing level of concern in our area and some in the provincial government think that that must be addressed. We have to think about the pressures in Ontario derived from that underfunding relative to the Canadian average. All of the political pressures in Ontario on the issues you have mentioned are related to this issue described on pages 25, 26, and 27. If the developing problem there remains unaddressed, I fear that the interests of all provinces in the medium and long term will be fundamentally affected.

There is an element of intensity. Toronto, for example, is one of the most stressed cities in the countries of the world in terms of hospital services in relation to its population. We really must address that because Toronto is generating so much of the economic growth on which everyone depends.

**Senator Callbeck:** Mr. MacKinnon, Mr. Decter talked about the importance of drawing out information about the health system that would help build public confidence. You have talked about hospital report cards. I am not familiar with them. What information is there? When were they started? What have the results been from putting these reports out? When you have hospital report cards, does that mean you can compare one hospital against another?

**Mr. MacKinnon:** I am surprised Mr. Decter did not mention it because CIHI has been a major participant in that scheme. Every year now, we produce both a system report card and a hospital-specific report. The system describes the overall performance measures of clinical outcomes for selected illnesses. We are trying to broaden that range. It does that in terms of variables such as readmission rates and complication rates, so people can get a sense of quality.

Second, it measures consumer response. There is a statistically valid sample for each community in Ontario where there is a hospital, and we release that sample. The third product is measurement of the management of change. I have drawn on a couple of those factors in my comments this morning. For example, physician-hospital interaction on the patient record is a really important way in which the system has to develop, so we measure that. Fourth, it measures financial performance.

Those four variables are measured in a way that permits direct comparisons among hospitals. The Ontario government and the Ontario Hospital Association publish a supplement which is published in every major newspaper in the province. That started in July of 2001. The annual supplement will be out there every year from 2001 on.

We are expanding this system to include specialty hospitals, as the present system is not particularly good for complex, continuing care or specialty children's hospitals, for example. We will try to include more and more illnesses.

Basically, however, we have a balanced score card which we believe is one of the best in the world, and leading on the continent. If we did that across Canada, many of our disagree-

sous-financées par rapport à n'importe quelles autres au Canada. Cependant, dans notre domaine, les préoccupations grandissent, et certains, au gouvernement provincial, croient qu'il faut régler le problème. Nous devons penser à toutes les pressions que subit l'Ontario en raison de ce sous-financement par rapport à la moyenne canadienne. Toutes les pressions politiques, en Ontario, sur les questions que vous avez mentionnées, ont trait à cet enjeu que nous expliquons aux pages 25, 26 et 27. Si ce problème croissant demeure irrésolu, j'ai bien peur que les intérêts de toutes les provinces en souffriront à moyen et à long termes.

C'est une question d'intensité. Toronto, par exemple, est l'une des villes qui subit le plus de pressions au pays sur le plan des services hospitaliers relativement à la taille de la population. Il faut y voir, parce que Toronto est à l'origine d'une bonne part de la croissance économique qui profite à tout le monde.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur MacKinnon, M. Decter a parlé de l'importance de compiler de l'information sur le système de santé qui aiderait à bâtir la confiance de la population. Vous avez parlé de bulletins pour les hôpitaux. Je ne connais pas le concept. Quel type d'information contiennent-ils? Depuis quand existent-ils? Qu'est-ce qu'ils ont donné comme résultats? Quand vous avez des bulletins d'hôpitaux, est-ce que cela signifie que vous pouvez comparer un hôpital à un autre?

**M. MacKinnon:** Je suis surpris que M. Decter n'en ait pas parlé, car le ICIS joue un rôle important à cet égard. Tous les ans, nous publions une fiche de rendement sur le système et sur chaque hôpital. Celle sur le système décrit le rendement global en fonction des résultats cliniques obtenus pour certaines maladies. Nous essayons d'élargir cet éventail. On établit ce rendement en se fondant sur des variables comme les taux de réadmission et les taux de complications afin que les gens aient une idée de la qualité des services offerts.

Deuxièmement, on mesure la réaction des consommateurs. On prend un échantillon valide sur le plan statistique pour chaque collectivité en Ontario où il y a un hôpital et on rend cet échantillon public. Troisièmement, on mesure la gestion du changement. J'ai parlé de deux ou trois de ces facteurs dans mes observations ce matin. Par exemple, l'interaction entre le médecin et l'hôpital relativement au dossier du patient est une orientation vraiment importante que le système doit prendre et nous mesurons donc cela. Quatrièmement, on mesure le rendement financier.

Ces quatre variables sont mesurées d'une façon qui permet des comparaisons directes entre les hôpitaux. Le gouvernement de l'Ontario et l'Association des hôpitaux de l'Ontario publient un supplément qu'on retrouve dans tous les grands journaux de la province. Cela a commencé en juillet 2001. Un supplément annuel sera publié tous les ans à partir de 2001.

Nous élargissons le système pour inclure les hôpitaux spécialisés car le système actuel n'est pas particulièrement bon pour évaluer les hôpitaux qui offrent des soins complexes, des soins prolongés et des soins spécialisés aux enfants par exemple. Nous allons essayer d'inclure de plus en plus de maladies.

Fondamentalement, cependant, nous avons une fiche de rendement équilibrée qui, selon nous, est l'une des meilleures du monde et qui est la référence sur le continent. Si nous faisons cela

ments, lack of understanding or lack of common belief would be significantly narrowed.

I cannot be critical enough of the way in which most provinces have managed their relationship with health care facilities all over the world. The output of the health care system has never featured prominently in public discussion. As long as that is the case, cost-cutting becomes disproportionately important. Ms Grinspun's members and everyone who works in hospitals pays the price. We have to build a fact base that everyone can rely on and make it publicly available. If we do that, many of our disagreements will be much easier to handle.

**Senator Callbeck:** Did you start this system in July of this year?

**Mr. MacKinnon:** No, we started in 1998 with a system report card. In 1999 we produced both a system and a hospital-specific report card. We have produced the hospital-specific and the system report cards for the second time in 2001 so that the trends can be seen. We are expanding the system to include specialty hospitals and complex, continuing care hospitals, for example. We intend to issue a new public report card on emergency room services in the next few months as well.

The system goes back to 1998. Preparation, however, goes back well into the 1990s. We would be willing to make our developmental effort and the materials behind the system available to every other province. I see no reason why it cannot be adopted by every other province. If adapted, however, it would reveal differences among provinces, some of which may cause them great difficulty. Progress will be made, however, if those differences can be illuminated.

**Senator Callbeck:** How has the public responded to seeing the differences among hospitals?

**Mr. MacKinnon:** It is hard to measure. First of all, we have had great support in this system. The Ontario government has contributed much of the funding. The OHA developed it but the Ontario government has come in and contributed much of the funding. Public resonance is shown by our press conferences every time we produce the reports. Those are the biggest press conferences we or most people connected with the Ontario government would ever see, with 70 or so reporters and 10 cameras. They dominate the headlines for two or three days.

I think we can do more work to make our products consumer-friendly. We have to think about that. Publishing them in the newspaper every year is certainly better than in previous years, when we did not do that. We will provide a full briefing note and examples for the committee to use in its deliberations so

dans tout le Canada, une bonne partie de nos désaccords, le manque de compréhension ou le manque de convictions communes seraient grandement réduits.

Je me dois de critiquer vertement la façon dont la plupart des provinces gèrent leurs relations avec les établissements de soins de santé dans le monde entier. Les résultats obtenus par le système de soins de santé n'ont jamais eu une place importante dans le débat public. Tant que ce sera le cas, la réduction des coûts prendra une importance disproportionnée. Les membres de l'association de Mme Grinspun et tous ceux qui travaillent dans les hôpitaux paient le prix. Nous devons établir une base factuelle sur laquelle tout le monde peut se fier et la rendre publique. On pourra ainsi régler beaucoup plus facilement une bonne partie de nos désaccords.

**Le sénateur Callbeck:** Avez-vous adopté ce système en juillet de cette année?

**M. MacKinnon:** Non. Nous avons commencé en 1998 avec l'adoption d'une fiche de rendement du système. En 1999, nous avons produit deux fiches de rendement, l'une pour le système et l'autre pour l'hôpital en cause. Nous avons de nouveau produit ces deux fiches de rendement en 2001 pour nous permettre de dégager des tendances. Nous développons le système pour inclure les hôpitaux spécialisés et ceux qui offrent des soins complexes de longue durée par exemple. Nous avons également l'intention de préparer une nouvelle fiche de rendement sur les services d'urgence dans les mois à venir.

Le système remonte à 1998. Les travaux préparatoires eux remontent aux débuts de 1990. Nous sommes disposés à faire part à toutes les autres provinces de nos travaux et des documents connexes. Je ne vois pas pourquoi ce système ne pourrait pas être adopté dans toutes les autres provinces. S'il devait être adapté toutefois, on se rendrait compte qu'il existe d'importantes différences entre les provinces, lesquelles pourraient dans certains cas entraîner des difficultés assez sérieuses. Cependant, si ces différences peuvent être aplanies, des progrès pourront être enregistrés.

**Le sénateur Callbeck:** Comment le public a-t-il réagi aux différences entre les divers hôpitaux?

**M. MacKinnon:** C'est difficile à dire. Tout d'abord, l'appui au système a été très fort. Le gouvernement de l'Ontario a fourni une bonne partie du financement. L'Association des hôpitaux de l'Ontario a mis le système au point, mais c'est le gouvernement de l'Ontario qui a fourni la plus grande partie du financement. L'intérêt du public est évident à chacune des conférences de presse tenues lors du dépôt de ces rapports. Ce sont les conférences de presse les plus courues que nous ou la plupart des gens reliés au gouvernement de l'Ontario ont jamais vues. Quelque 70 journalistes et 10 photographes y assistent en général et cela fait la manchette pendant deux ou trois jours.

Je crois que nous pouvons faire plus pour rendre nos produits plus abordables pour le consommateur. Nous devons y songer. La publicité annuelle dans les journaux est certes une amélioration puisque nous ne faisons rien de tout cela autrefois. Nous fournirons aux membres du comité une note d'information



that you can see exactly what we have done, and how we are doing it.

**Senator Callbeck:** Ms Grinspun, I was looking briefly over your recommendations here. You are recommending a coordinating body to deal with the health human resources issue. Would the federal government take the leadership in that?

**Ms Grinspun:** Yes. We are suggesting the federal government, representatives from provincial governments, employers, and people who work in the system. As you know, and as has been much in the news, we have a very serious situation at present with respect to nursing and to other health care professionals. I strongly commend the OHA on their report card. We need to move to the next steps, however, in relaying what the impact would be of a human resource crisis on patients' clinical outcomes. David spoke about readmission and complications. Many studies show, for example, the linkage between complications like pneumonia and inadequate human resources in nursing, both in numbers and in expertise.

I am not sure if the committee is aware that in 1999, 4,000 hospital beds were occupied by individuals as a result of falls. Those are CIHI numbers. That clearly links to prevention. Instead of focussing only on what is done in our hospitals, we must try to prevent falls, especially in the context of an ageing population. Prevention is an issue of primary health care. The impact of report cards, especially on those sectors, should be brought into play so that we can create a system whereby we can start to utilize the various sectors: primary health care, homecare, hospital care, at the appropriate time of need, and obtain the best outcomes.

**Senator Callbeck:** For this coordinating committee, you see the federal government as having the responsibility to take the leadership on that?

**Ms Grinspun:** I would suggest that it needs to be championed by somebody. The federal government has a unique interest in championing it. Otherwise, what will happen is that nurses will be stolen, for example, by one province from another. Just moving people around like that does not resolve the national problem that we have.

**The Deputy Chairman:** May I thank you, Mr. MacKinnon and Ms Grinspun, on behalf of the committee, for your testimony.

Colleagues, our next witnesses are Professor Jeremiah Hurley of McMaster University, Department of Economics, Dr. Cameron Mustard, University of Toronto, Public Health Sciences Department, and Professor Colleen Flood of the University of Toronto.

**Dr. Jeremiah Hurley, Professor, Department of Economics, McMaster University:** Senators, I wanted to focus my comments on three specific aspects of the report that you tabled. Your

complète ainsi que des exemples pour les informer de ce que nous faisons et de quelle manière nous nous y prenons et pour les aider dans leurs délibérations.

**Le sénateur Callbeck:** Madame Grinspun, j'ai jeté un coup d'œil à vos recommandations ici. Vous aimeriez qu'un organisme de coordination s'occupe des questions de ressources humaines dans le secteur de la santé. À votre avis, le gouvernement fédéral devrait-il assurer la direction à cet égard?

**Mme Grinspun:** Oui. Nous proposons que le gouvernement fédéral, les représentants des provinces, les employeurs et ceux qui interviennent dans le système assument ce leadership. Comme vous le savez, parce que les médias en ont beaucoup parlé, nous faisons face à un problème grave en ce qui concerne le personnel infirmier et d'autres professionnels de la santé. Je félicite sincèrement l'Association des hôpitaux de l'Ontario pour son évaluation. Nous devons passer aux étapes suivantes, mais en insistant sur l'impact qu'aurait une crise des ressources humaines sur les résultats cliniques des patients. David a traité de la réadmission et des complications. Par exemple, de nombreuses études font état du lien entre des complications telles que la pneumonie et l'insuffisance des ressources humaines au sein du personnel infirmier, tant au niveau du nombre que de l'expérience.

Je me demande si le comité sait qu'en 1999, 4 000 lits d'hôpital ont été occupés par des personnes ayant subi des chutes. Ce sont les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé. Il y a clairement un lien avec la prévention. Au lieu de centrer l'attention uniquement sur ce qui se fait dans nos hôpitaux, nous devons faire quelque chose pour prévenir les chutes, compte tenu surtout du vieillissement de la population. La prévention est une question de soins de santé primaires. Nous devons tenir compte de l'impact des évaluations, surtout dans ce secteur, pour mettre en place un système permettant de mettre à contribution les divers secteurs: soins de santé primaires, soins à domicile, soins hospitaliers fournis en temps opportun pour obtenir les meilleurs résultats possibles.

**Le sénateur Callbeck:** En ce qui concerne ce comité de coordination, vous pensez que c'est le gouvernement fédéral qui doit prendre l'initiative?

**Mme Grinspun:** Je suis d'avis qu'il doit y avoir un chef de file. Le gouvernement fédéral a tout intérêt à le faire. Autrement, les provinces se voleront mutuellement les infirmières. Il ne suffit pas de déplacer les gens pour résoudre notre problème national.

**La vice-présidente:** Au nom du comité, je vous remercie monsieur MacKinnon et madame Grinspun d'être venus témoigner.

Chers collègues, nos prochains témoins sont le professeur Jeremiah Hurley, du département d'économie de l'université McMaster, le Dr Cameron Mustard, du département des sciences de la santé publique de l'Université de Toronto, et le professeur Colleen Flood, de l'Université de Toronto.

**M. Jeremiah Hurley, professeur, Département d'économie, Université McMaster:** Sénateurs, j'avais l'intention de centrer mes observations sur trois aspects particuliers du rapport que vous

committee has done excellent work, for which I congratulate you. In focussing on areas of concern, I will ignore matters that there is not time to comment upon.

The first issue is with respect to the role of user charges. The committee appears to appreciate the large literature on user charges and some of the evidence arising from that. The report appears to favour a system of user charges such as that employed in Sweden. This system does not have the goal of reducing expenditures, but attempts to make individuals aware that a decision to use the health care system costs money, and to increase appropriateness. I am concerned with that proposal. There is consistent evidence that user charges do not increase appropriateness of utilization, which the committee does acknowledge earlier in the report. Nor is there any reason or evidence that user charges would make people more aware of system costs. Why would paying \$10 to see a physician suddenly make the patient aware of how much the physician visit costs?

I would ask you, when you go to the pharmacy to get your prescription and your co-payment is \$450, how often would you leave the pharmacy thinking you had better cut your utilization so that your premiums do not rise in the future? That is what we are asking patients to do by imposing user charges as has been proposed in the committee's report.

The evidence is quite strong that demand-side approaches are not the appropriate way to improve utilization. We need to use supply-side instruments to achieve that.

Concerning medical savings accounts, there is virtually a complete lack of evidence regarding their effects, either positive or negative, at this stage. Given this vacuum of evidence, we can say some things based on design and related evidence. First of all, they are unlikely to control expenditures effectively; they are unlikely to increase appropriateness of utilization; they will compromise equity in the system, given their fundamental design and they will likely engender risk selection problems if chosen voluntarily. The committee ends by suggesting that it might be not unreasonable to expect that a plan could be developed to avoid these pitfalls.

I am less sanguine about that when it comes to MSAs. They inescapably embody demand-side approaches, which lead to these problems. In particular, I am concerned about the recommendation that we might begin with the long-term care sector, because that is a sector where the pattern and distribution of expenditures is least suited to MSA approaches, certainly in the short term. I have concerns about some of the recommendations or the options put forth in that respect.

Regarding parallel systems of finance, the committee has recognized a number of the problems associated with parallel systems of finance. It ends by suggesting that with appropriate regulations we may be able to avoid some of those negative

avez déposé. Les travaux de votre comité sont excellents et je vous en félicite. En mettant l'accent sur les questions préoccupantes, je ferai abstraction de celles que je n'ai pas le temps de commenter.

La première question concerne le rôle des frais d'utilisation. Le comité semble comprendre toute la documentation sur les frais d'utilisation et certaines des observations en découlant. Le rapport semble favoriser un système de frais d'utilisation comme celui qui existe en Suède. Ce système ne vise pas à réduire les dépenses, mais tente plutôt d'amener les gens à se rendre compte que la décision d'utiliser le régime de soins de santé coûte de l'argent et d'accroître la pertinence de l'utilisation. Cette proposition m'inquiète. Les observations indiquent de façon assez claire que les frais d'utilisation n'accroissent pas la pertinence de l'utilisation, ce que le comité reconnaît dans le rapport. Rien n'indique non plus que les frais d'utilisation rendent les gens plus conscients des coûts du régime. Pourquoi le fait de payer 10 \$ pour voir un médecin rendrait-il soudainement le patient plus conscient du coût de cette visite chez le médecin?

Lorsque vous allez à la pharmacie pour faire exécuter votre ordonnance et que votre quote-part est de 450 \$, combien de fois sortez-vous de la pharmacie en pensant que vous feriez mieux de réduire votre utilisation afin que vos primes n'augmentent pas à l'avenir? C'est ce que nous demandons aux patients de faire en imposant des frais d'utilisation comme le comité le propose dans son rapport.

Les observations semblent indiquer assez clairement que les approches axées sur la demande ne sont pas la bonne façon d'améliorer l'utilisation. Nous avons plutôt besoin d'instruments axés sur l'offre pour y arriver.

Pour ce qui est des comptes d'épargne-santé, il n'existe pratiquement pas d'observations concernant leurs effets, positifs ou négatifs, à ce stade-ci. Étant donné cette absence d'observations, nous pouvons dire certaines choses d'après le concept et certaines observations connexes. Premièrement, il est peu probable que les CES puissent permettre de contrôler les dépenses de façon efficace; il est peu probable qu'ils accroissent la pertinence de l'utilisation; ils compromettront l'équité du régime à cause de leur concept fondamental et ils engendreront probablement des problèmes de sélection des risques si le choix est volontaire. Le comité termine en disant qu'il n'est pas déraisonnable de prévoir qu'un plan pourrait être élaboré afin d'éviter les embûches possibles.

Je suis moins optimiste que cela lorsqu'il est question des CES. Ils font nécessairement partie des approches axées sur la demande, qui entraînent des problèmes. Je suis particulièrement inquiet au sujet de la recommandation voulant que nous commencions par le secteur des soins de longue durée parce que c'est un secteur où le régime de dépenses et la répartition des dépenses ne se prêtent pas au concept des CES, certainement pas à court terme. J'ai des préoccupations à l'égard de certaines des recommandations ou des options proposées à cet égard.

Pour ce qui a trait aux systèmes de financement parallèle, le comité a relevé un certain nombre de problèmes liés à ces systèmes. Il finit par suggérer que des règlements pertinents pourraient éviter certains des effets négatifs qui en découlent. Il



effects of parallel systems of finance. It identifies three particular regulations upon which you seek comment: that doctors be required to work in both the public and private systems; that there be a guarantee for maximum wait in the public system, with payment in the private system if it is exceeded; and that the public sector be mandated to keep technology as good as the private sector.

In my view, each of these regulations actually will exacerbate the problems of parallel finance, not reduce them. You are creating explicit mechanisms of interaction between the public and private systems. In particular, mandating that physicians who work in the private system to also work in the public system will increase opportunities for gaining across the two systems by providers. This would create a system in which, if the wait list gets long in the public system, the public system will pay to receive in the private system. Such a system is, of course, the provider's dream because now, with a long enough wait list, they have a long queue of people coming into private practice, paid for by the public system. Hence it will exacerbate all those problems.

Last, linking public sector technology to the private sector does not do anything to ensure appropriate use or acquisition of technology in the public sector in ways that conform to technology assessment standards. It simply links them inextricably in a way that does not necessarily advance the public sector interests. In my reading, each of those regulations would exacerbate the problems of public finance, not reduce them.

In summary, I do not think there is a simple case to be made for parallel finance based on advancing the objectives that we have set for our system of finance. The only arguments that appear to stand up include a peer rights-based argument. This says that people have a right to buy the care. In that case, we would ignore the negative consequences. We would be unconcerned about them. It is a consistent argument: some people make it. It means, however, that we have to ignore those consequences, or we could care so much about responding to unusual preferences of a small segment of the population that we were willing to put up with substantial costs to the broader society in order to allow these people to satisfy their preferences for certain kinds of care. It will not advance the interests that we have set out for our system thus far.

I want to comment now on some broader issues. On this public/private question, it is crucial that we separate the issue of public/private finance from public/private delivery. This is not done crisply enough in most debates. The issues and evidence are very different. In the former case, there is clear evidence of the effects; in the latter case, there is no clear evidence that either the public or the private sector is more efficient in delivering services. We need to make that distinction more crisply. Too often we implicitly link the private sector with efficiency. This is false. There is no consistent body of evidence that shows that the private sector is more efficient, nor is there any consistent body of

note trois règlements en particulier à propos desquels il aimerait recevoir des commentaires: que les médecins soient tenus de travailler dans les systèmes public et privé; que l'on garantisse une période d'attente maximale dans le système public et le paiement des soins reçus dans le système privé si on dépasse cette période; que le système public soit tenu d'utiliser une technologie aussi bonne que celle du système privé.

À mon avis, chacun de ces règlements ne fera qu'exacerber les problèmes du financement parallèle. Ils se trouvent à créer des mécanismes explicites d'interaction entre les systèmes public et privé. Le fait d'obliger les médecins qui travaillent dans le système privé à travailler aussi dans le système public, en particulier, augmentera les risques d'exploitation des deux systèmes par les fournisseurs de soins. En vertu du régime proposé, si la liste d'attente s'allonge dans le système public, celui-ci paiera le système privé pour s'occuper de certains cas. C'est le rêve des fournisseurs de soins puisque, avec une liste d'attente suffisamment longue, les gens feront la file à leur pratique privée, et c'est le système public qui paiera la note. Voilà donc qui ne fera qu'aggraver les problèmes.

En dernier lieu, le fait de lier la technologie du secteur public à celle du secteur privé ne garantit pas un usage approprié de cette technologie par le secteur public, ni l'acquisition par ce dernier d'une technologie conforme aux normes d'évaluation de la technologie. Il crée tout simplement des liens inextricables entre les deux qui ne seront pas nécessairement avantageux pour le secteur public. D'après ce que je peux voir, chacun de ces règlements accentuerait les problèmes du financement public, au lieu de les atténuer.

En résumé, je ne crois pas que nous puissions établir le bien-fondé d'un financement parallèle pour atteindre les objectifs de financement que nous nous sommes fixés. Parmi les seuls arguments qui semblent tenir, il y a celui qui concerne les droits des pairs. Selon cet argument, les gens auraient le droit de payer pour recevoir des soins. Dans ce cas, on n'aurait plus à soucier des conséquences négatives. C'est un argument tenace que certaines personnes aiment bien utiliser. Il implique cependant que nous ignorions les conséquences qui pourraient survenir, sinon nous nous préoccuperions tellement de respecter les préférences inhabituelles d'un petit segment de la population que nous serions prêts à imposer des coûts substantiels à la société en général pour permettre à ces gens de profiter de certains types de soins. Cela ne fera pas progresser notre système.

J'aimerais faire quelques observations sur certaines des questions plus larges. Au sujet de la controverse entre secteur public et secteur privé, il est crucial que nous séparerions la question du financement privé ou public de celle de la prestation privée ou publique. La différence n'est pas assez nette dans la majorité des débats. Les questions et les données sont très différentes. Dans le premier cas, les preuves sont claires; dans le deuxième cas, il n'est pas clair que le secteur public ou le secteur privé soient plus efficaces pour ce qui est de la prestation des services. Nous devons faire cette distinction de manière plus nette. Trop souvent, nous lions implicitement le secteur privé avec

evidence that shows that the private sector generates a higher quality of care.

Third, we implicitly link private with competition. This is false. We have many instances of private sector delivery with no competition, and public sector delivery with competition. When we talk about competition, we need to think about such issues as by whom, in what exemptions, and among whom. This tends to get glossed over. We just talk about competition being good.

Last, we need to be very careful when considering financial incentives. It is right that we need to pay attention to them. It is right that we need to guide incentives so that people are not penalized for doing good things. We need, however, to be very cautious about actively using financial incentives to try and guide behaviour. In the long run, this approach may very well backfire for us as we try to organize our system to meet the health needs of Canadians.

**Dr. Cameron Mustard, Professor, University of Toronto, Public Health Science Department:** In the interest of being as brief as possible I will summarize the credentials that bring me before you today, then I will offer a few more focussed comments on the issues that I found most challenging among the many issues that your committee's work has laid out.

I am on the board of directors of the Canadian Institute for Health Information, or CIHI. I understand Dr. Decker was here with you this morning. I applaud your emphasis on the federal role in improving the capacity of the Canadian health care system to understand itself and to build an infrastructure to transact this information across the country.

I am on the advisory board of the Institute of Aboriginal Peoples' Health within the Canadian Institutes for Health Research. I, too, endorse your strong recommendation of the federal role in advancing the health of aboriginal peoples in Canada. With Dr. Keon, and Dr. Morin, I was a member of the interim governing council of the Canadian Institutes for Health Research. I endorse your clear statement of a federal responsibility in the funding of health research in this country.

I commend you for the range of expression that you have provided in your report. I found myself asking a question of you. It was provoked by chapter 2 of the report. What would your guidance be to Canadians on the most important issue? I would like to offer you a suggestion. On reading your material, I found myself articulating the following priority — and I appreciate that there are many. Here is the one that I feel is the most important.

I do endorse your statement that: "The health human resource problem is more critical than any other problem currently facing the health care system." You say that this is a higher priority among many priorities. I share your view. It is, however, my sense that the resolution of health human resource issues in this country

efficacité. C'est une erreur. Il n'existe pas de preuves unanimes que le secteur privé est plus efficace pas plus qu'il en existe prouvant que le secteur privé offre des soins de plus haute qualité.

Troisièmement, nous lions implicitement secteur privé et concurrence. C'est une erreur. Il y a de nombreux exemples de prestation par le secteur privé sans concurrence, et de prestation par le secteur privé avec concurrence. Quand nous parlons de concurrence, nous devons nous poser les questions telles que: de la part de qui, quelles sont les exceptions et entre qui. On a tendance à passer par-dessus ces questions. On se contente de dire que la concurrence est bonne.

Enfin, il faut faire très attention quand on envisage de recourir à des incitatifs financiers. Il est bon que l'on y pense. Il est bon que les incitatifs soient ciblés de manière à ne pas pénaliser les gens qui font du bon travail. Nous devons toutefois faire attention quand on songe à utiliser activement des incitatifs financiers pour essayer d'influencer le comportement. À long terme, cette approche risque fort de se retourner contre nous tandis que nous essayons d'organiser notre système pour qu'il réponde aux besoins des Canadiens en matière de soins de santé.

**Dr Cameron Mustard, professeur, Université de Toronto, Département des sciences de la santé publique:** Pour être le plus bref possible, je résumerai les titres de compétences qui m'amènent à vous parler aujourd'hui, puis je formulerai des observations plus ciblées sur les questions que je trouve les plus difficiles à régler parmi les nombreuses questions que votre comité a soulevées dans le cadre de ses travaux.

Je siège au conseil d'administration de l'Institut canadien d'information sur la santé ou ICIS. Si je ne m'abuse, M. Decker était ici ce matin. Je suis heureux de l'accent que vous mettez sur le rôle du gouvernement fédéral dans l'amélioration de la capacité du système canadien de soins de santé de comprendre les problèmes qui se posent et d'établir une infrastructure permettant de diffuser cette information dans tout le pays.

Je siège au comité consultatif de l'Institut de la santé des Autochtones qui fait partie des Instituts de recherche en santé du Canada. Je souscris moi aussi à votre recommandation ferme sur le rôle que le gouvernement fédéral doit jouer pour promouvoir la santé des Autochtones au Canada. Avec les Drs Keon et Morin, j'étais un membre du conseil d'administration provisoire des Instituts de recherche en santé du Canada. Je souscris à votre déclaration très claire sur la responsabilité du gouvernement fédéral dans le financement de la recherche en santé au Canada.

Je vous félicite pour tout l'éventail d'opinions que votre rapport reflète. Je voudrais vous poser une question. Elle découle du chapitre 2 du rapport. Quel serait votre conseil aux Canadiens au sujet de la question la plus importante? Je voudrais vous offrir une suggestion. À la lecture de votre document, j'ai établi la priorité suivante et je comprends qu'il y en a beaucoup. Voici celle qui est la plus importante, selon moi.

Je reconnais tout comme vous que: «Le problème de ressources humaines est plus critique que n'importe quel autre problème auquel le système est confronté.» Vous dites que c'est la principale priorité parmi de nombreuses autres. Je partage votre point de vue. Je crois, cependant, que le règlement des questions



is intimately connected with addressing two other features of the system: One is primary care reform. Related to that is the construction across this country in provincial jurisdictions of integrated health care delivery organizations. Weaving those three priorities together is necessary to see a future with a sustained health care system bearing some significant resemblance to the system we have today. We must solve those three priorities simultaneously.

As you know, some provinces are much farther along in their effort to regionalize services than others. You will appreciate that almost no provincial health care system has succeeded in integrating primary care reform in the effort to regionalize. I would encourage the committee to offer a retrospective examination on why that has happened. Why did we move to regionalization, and yet fail to address primary care reform? That is what I view as the most compelling priority over the next decade.

I also found myself very much interested in the questions you were raising: How do we move towards stable, predictable funding for health care? I have been wondering for a long time about what sorts of macro-policy mechanisms we might use to address this issue. There is no answer, from a technical health services/research perspective, to the question: How much money do we need to optimize the health and health care provided to Canadians? It is a political decision. My view is that it would be helpful to consider a federal role in defining a mechanism for building a consensus on what the GDP share is that we as a society are prepared to admit to on an ongoing basis.

The Bank of Canada uses an inflation target. I think we need in this country a GDP share target that signals to providers, to consumers and to institutions what the envelope is within which we will be working. I believe there is a strong federal role for providing us leadership in trying to think about what that consensus mechanism is. Ultimately, it will be a political mechanism, informed by democratic processes.

I am very concerned about the risks to this society of overspending on health, relative to investments in economic growth and social protection. These investments also significantly enhance Canadians' well-being. I am very concerned about seeing GDP share to health rising very much above where it is. This is not because we do not need more resources; we do. It is because of the trade-offs, what we lose in other forms of important social and economic investments.

My final comment is to echo some thoughts, as did Dr. Hurley, on the challenges of blending both public and private funding sources in the delivery and purchase of health care services in this country. I have two primary concerns currently with private funding sources, although I am not opposed to them. The health care systems in this country that draw most heavily on large,

de ressources humaines en santé au Canada est intimement lié à deux autres questions. Je parle notamment, de la réforme des soins primaires. De plus, il faut établir dans tout le pays, dans les provinces, des organisations intégrées de prestation de soins de santé. Il s'agit de réaliser de front ces trois objectifs prioritaires pour qu'à l'avenir, nous puissions compter sur un système viable de soins de santé qui a une certaine ressemblance avec notre régime actuel. Nous devons régler ces trois problèmes simultanément.

Comme vous le savez, certaines provinces sont plus avancées que d'autres dans leurs efforts de régionalisation des services. Vous comprendrez que pratiquement aucun régime provincial de soins de santé n'a réussi à intégrer une réforme des soins primaires aux initiatives de régionalisation. J'encourage le comité à déterminer de façon rétrospective les raisons de cela. Pourquoi nous sommes-nous lancés dans la régionalisation, mais n'avons-nous pas su procéder à une réforme des soins primaires? C'est ce que je considère comme la plus importante priorité au cours de la prochaine décennie.

Je suis extrêmement intéressé par les questions que vous avez soulevées: comment pouvons-nous en arriver à un financement stable et prévisible pour les soins de santé? Je me demande depuis un certain temps déjà quels types de mécanismes de macro-politique nous pourrions utiliser pour nous attaquer à cette question. D'un point de vue technique, services de santé-recherche, il n'y a aucune réponse à la question: De combien d'argent avons-nous besoin pour optimiser les soins de santé offerts aux Canadiens? C'est une décision politique. Selon moi, il serait utile d'envisager un rôle fédéral dans la définition d'un mécanisme pour parvenir à un consensus sur la part du PIB qu'en tant que société, nous sommes prêts à consacrer en permanence à nos soins de santé.

La Banque du Canada utilise un objectif en matière d'inflation. Je pense que nous avons besoin au Canada d'un objectif exprimé en proportion du PIB qui donne aux fournisseurs de soins, aux consommateurs et aux établissements une idée de l'argent à notre disposition. Je crois que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer pour ce qui est de diriger la réflexion sur la nature du mécanisme consensuel voulu. En fin de compte, ce sera un mécanisme politique fondé sur des processus démocratiques.

Je me préoccupe beaucoup des risques qu'il y a pour notre société de consacrer trop à la santé comparativement à nos investissements dans la croissance économique et la protection sociale. Ces investissements accroissent également de façon marquée le bien-être des Canadiens. Je crains fort que la part du PIB consacrée à la santé ne dépasse de beaucoup le niveau actuel, non pas parce que nous n'avons pas besoin de plus de ressources, bien au contraire, mais parce que nous perdons alors d'autres formes d'investissements importants sur le plan socio-économique.

Enfin, comme M. Hurley, je voudrais me faire l'écho de certaines réflexions sur les défis que pose le fait de mélanger des sources publiques et privées de financement dans la prestation et l'achat de services de santé au Canada. En fait, les sources privées de financement me posent deux grands problèmes, même si je n'y suis pas opposé. Les systèmes de santé au Canada qui comptent le

private funding shares are the least coherent and most disorganized sectors in the delivery system from the perspective of equitable access. They are pharmaceuticals, homecare, and long-term care.

I value the principle of equity. Related to that, I am concerned at the absence of mechanisms which allow us to blend public and private funding sources under a public administration governance. In many European models you may have seen, insurance funds combine public and private revenue sources under public governance. It is an important model for which the Claire commission has recommended some consideration. Medical savings accounts are examples of private funding sources that do not come under a public governance model.

I found the report very provocative. It contains many useful ideas. As a health services researcher, I was disappointed that there was not more anchoring of some of your propositions to what I think the evidence is from the research community.

**The Deputy Chairman:** Dr. Mustard, I was most interested in the GDP share target. I believe that is something we should make note of and pursue as a committee.

**Dr. Colleen Flood, Professor, University of Toronto:** I have written a number of background reports for the Senate committee, so I did not take this time to write out further comments. However, I may send in a larger statement about my reactions to this volume 4.

I would like to speak about the issue of two-tier health care. On page 65, the report says:

... a number of benefits can be generated by allowing private insurance... including enhanced patient choice, increased competition, and improved efficiencies in the public sector.

It is that conclusion that I would like to address. Having reviewed this evidence and the international evidence, I firmly believe that it is incorrect.

Two-tier systems already exist in a number of jurisdictions, such as my home country of New Zealand and the United Kingdom, where people who hold private insurance can buy quicker or better care. There is no evidence from those jurisdictions that having that capacity improves either the quality or timeliness of care delivered in the public system. In fact, the evidence is to the contrary. It suggests that waiting lists and waiting times in New Zealand and in the United Kingdom are much longer than they are in Canada. This might seem somewhat counterintuitive, as we normally associate competition with increases in efficiency and service.

However, if we look more closely, we see that competition does not operate between public and private health insurers as it does, for example, between the producers of, say, computer services. If I do not like the quality or price of a computer service that firm A is providing, then I will shift my business to firm B. If enough of us

plus sur le financement privé sont les moins cohérents et les plus désorganisés du point de vue d'un accès équitable. Je parle ici des médicaments, des soins à domicile et des soins de longue durée.

J'attache beaucoup d'importance au principe d'équité. À ce sujet, je suis inquiet de l'absence de mécanismes permettant de rassembler des sources publiques et privées de financement dans un régime d'administration publique. Dans de nombreux modèles européens que vous connaissez peut-être, les fonds d'assurance rassemblent les sources publiques et privées de financement sous une administration publique. C'est un modèle important que la Commission Clair a recommandé d'envisager. Les comptes d'épargne santé sont des exemples de sources de financement privé qui ne font pas l'objet d'une administration publique.

J'ai trouvé le rapport très stimulant. Il renferme de nombreuses idées utiles. En tant que chercheur sur les services de santé, j'ai été déçu de constater que certaines de vos propositions n'étaient pas davantage fondées sur les faits établis, selon moi, par les chercheurs.

**La vice-présidente:** Docteur Mustard, j'ai été très intéressée par votre notion d'un objectif exprimé en proportion du PIB. Je crois que c'est un concept dont nous devrions prendre note et que nous devrions examiner plus en profondeur en tant que comité.

**Mme Colleen Flood, professeure, Université de Toronto:** J'ai rédigé un certain nombre de rapports circonstanciels pour le Comité sénatorial et je n'ai donc pas rédigé d'autres observations dans ce cas-ci. Cependant, je pourrais envoyer une déclaration plus étoffée précisant mes réactions à ce volume 4.

Je voudrais parler de la question des soins de santé à deux vitesses. Dans le rapport, on dit:

[...] le fait d'autoriser les régimes privés d'assurance-maladie peut comporter certains avantages, y compris un meilleur choix pour le patient, une concurrence accrue et de meilleures économies dans le secteur public.

C'est sur cette conclusion que je voudrais me pencher. Après avoir examiné les faits et mettre penchée sur les expériences dans d'autres pays, je crois fermement que c'est inexact.

Des systèmes à deux vitesses existent déjà dans un certain nombre de pays comme mon pays natal, la Nouvelle-Zélande, et le Royaume-Uni, où les gens qui ont un régime d'assurance privée peuvent acheter de meilleurs soins ou être traités plus rapidement. Rien ne prouve dans ces pays que le fait de donner cette capacité aux gens permet au régime public d'assurer des services de meilleure qualité dans de meilleurs délais. En fait, tout prouve le contraire. On peut en conclure que les listes d'attente et les délais d'attente en Nouvelle-Zélande et au Royaume-Uni sont beaucoup plus longs qu'au Canada. Cela peut sembler quelque peu surprenant, alors que nous associons normalement la concurrence à une amélioration de la qualité des services et de l'efficacité.

Cependant, lorsqu'on regarde la situation de plus près, on s'aperçoit que la concurrence dans le cas des assureurs publics et privés de santé ne fonctionne pas de la même façon que dans le cas des fournisseurs de services informatiques par exemple. Si je n'aime pas la qualité ou le prix d'un service informatique que



shift our business to firm B then, over time, that sends a very clear signal back to firm A. They must buck up their performance or, at the limit, become insolvent. That is how we expect competition and efficiency to work in the private sector.

That is not how competition works between public and private health insurance. In fact, very different incentives are in place. I agree with Dr. Hurley that incentives are slippery devils. We need to be careful how we think about using them. In a two-tier system, if people can use private insurance to buy care, then there is no clear financial incentive or signal sent back to the public system that the public system has to improve its performance. The public system suffers no hardship as a result of those with the resources being able to buy care in the private system. In fact, because the public sector and public hospitals do not face the risk of insolvency, the movement of dissatisfied individuals into a private insurance system and into private hospitals may actually be quite a good thing. The public sector is getting rid of people who may be complaining about the quality of care being delivered by it.

The way that public institutions are normally held accountable by what the scholar Albert Hirschman would call "voice." Voice means this: We citizens run around lobbying our politicians, like yourselves, at federal and provincial levels to maintain the quality of our health care system. If those of us who could afford it — as we here would be able to — were to purchase private insurance, then our voices would be dissipated in maintaining the quality and timeliness within the public system. The political economy concern about having a two-tier system is that that voice would be lost, and the quality of care in the public system would decline, not improve, as suggested in the report.

I, too, commend the sheer number of issues that have been addressed in the report. It is easy for me to leap on this one and be very concerned about it. However, I believe it is important that we clarify what the incentive structure would be if we allowed a two-tier system. The system of what is known as managed competition has different implications and requires very sophisticated governance. It occurs in some European jurisdictions. Private insurers are carefully regulated to assure access. A simple two-tier system, however, where you allow people out, as they have in the U.K. and New Zealand, will not improve the quality of the public system.

Concerning user charges, I wish to point out some confusion I sensed in the report between the idea of user charges and two-tier insurance. The goal of user charges is to change consumer behaviour, to make patients more aware of the cost of the health care that they receive. I agree with many of the concerns that Dr. Hurley has raised. However, if we were to move down that path, one important issue to consider would be whether to allow

l'entreprise A fournit, je vais alors m'adresser à la firme B. Si suffisamment de clients décident d'en faire autant, alors, en fin de compte, cela envoie un message très clair à la firme A. Elle doit améliorer son rendement sous peine autrement, à la limite, de faire faillite. C'est la façon dont nous nous attendons à ce que la concurrence et l'efficacité fonctionnent dans le secteur privé.

Ce n'est pas la façon dont la concurrence fonctionne entre les régimes public et privé d'assurance-maladie. En fait, des mesures incitatives bien différentes sont en place. À l'instar de M. Hurley, je crois que les mesures incitatives présentent des dangers. Nous devons prendre garde à la façon dont nous songeons à les utiliser. Dans un système à deux vitesses, si les gens peuvent utiliser l'assurance privée pour acheter des soins, le système public n'est alors pas incité à améliorer son rendement car cela ne lui apporte aucun avantage financier clair. Le système public ne souffre pas du fait que les gens qui en ont les moyens puissent acheter des soins dans le secteur privé. En fait, comme le secteur public et les hôpitaux publics ne risquent pas de faire faillite, la décision de personnes insatisfaites de faire appel à un régime privé d'assurance et de se faire traiter dans des hôpitaux privés peut en fait être une bonne chose. Le secteur public se débarrasse de gens qui pourraient se plaindre de la qualité des services qu'il offre.

Selon l'éminent Albert Hirschman, les institutions publiques sont normalement forcées de rendre des comptes par ce qu'il appelle la «voix». Il entend par là que nous, les citoyens, exerçons des pressions sur nos politiciens, comme vous-mêmes, aux niveaux fédéral et provincial pour assurer le maintien de la qualité de notre régime de soins de santé. Si ceux qui en ont les moyens — comme nous ici — achetaient de l'assurance privée, alors la pression publique tendant à ce que le régime public offre des services de qualité en temps opportun se dissiperait. Sur le plan de l'économie politique, on peut craindre, avec un système à deux vitesses, que cette voix ne se fasse plus entendre et que la qualité des soins offerts dans le régime public baisse au lieu de s'améliorer, comme on le laisse entendre dans le rapport.

Je me réjouis moi aussi du grand nombre de questions qu'on a abordées dans le rapport. Il est facile pour moi de m'attarder là-dessus et d'exprimer de très grandes réserves. Cependant, je crois qu'il est important de préciser en quoi consisterait la structure des mesures incitatives si nous permettons un régime à deux vitesses. Ce qu'on appelle la concurrence dirigée a diverses conséquences et exige un système de gouvernance très sophistiqué. C'est ce qui se fait dans certains pays européens. Les assurances privées sont bien réglementées pour garantir l'accès aux soins. Cependant, un simple système à deux vitesses permettant aux gens de se retirer du régime public, comme on l'a fait au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, n'améliorera pas la qualité du régime public.

En ce qui concerne les frais d'utilisation, j'aimerais signaler une certaine confusion que j'ai constatée dans le rapport entre la notion de frais d'utilisation et d'assurance à deux vitesses. L'objectif des frais d'utilisation est de modifier le comportement du consommateur, de sensibiliser davantage les patients aux coûts des soins de santé qu'ils reçoivent. Je partage une bonne partie des préoccupations exprimées par M. Hurley. Cependant, si nous

people to hold private insurance to cover the cost of those user charges.

I was talking with Senator Kirby about this. He asked me to speak on that issue particularly. I think if people are allowed to have private insurance to cover the costs of the user charge, the whole point of having the user charge in the first place is completely dissipated. The idea is that if you have to pay out of pocket, you may be sensitive to the costs of the care that you consume. However, if you are able to have private insurance to cover the cost of the care, then clearly you will not be concerned as much about the cost of the care.

That is why, for example, in Australia, where there is a regime of user charges for medical services, you are specifically precluded from holding private insurance to cover the cost of user charges for medical services. That is because if you were not precluded, you would not be controlling utilization. You would, but only for those people who could not afford private insurance.

**The Deputy Chairman:** When we held a teleconference with Australia, those points were raised vis-à-vis the private insurance and user fees.

**Senator Morin:** I have some questions for Dr. Hurley. I know you are an economist. We do not have a chance to meet economists very often, although we have one sitting to the right of the Chair here.

I agree with most of your statements concerning user fees. However, would you consider user fees a more efficient procedure, used as an incentive to motivate the patient? Let us say, for example, that we did not have a drug formulary. Could we then consider using user fees for proprietary drugs and no user fees for similar generic drugs?

I share your concerns about the medical savings account. You hit the nail right on the head. One hears so much about this.

You talk about the payer/provider split, but your document is not clear. When talking about private insurance and private providers, I think we have to make a clear distinction. In your statement, you made it, but your document is not clear in that respect. This distinction is very important. I believe there may be a place for private providers. Could you elaborate?

You did mention internal markets. It is not an easy concept. I know some people have been pushing for that. It has been very popular in Britain and Sweden. As you are an economist, could you describe how we could apply the internal markets concept to the Canadian system?

**Dr. Hurley:** Let me address each question in turn. Do we publicly insure a medically necessary service if an individual desires a more expensive version of it that is of equal quality? You gave the example of a brand-name versus a generic drug. That, I

devions nous engager dans cette voie, il s'agirait notamment de voir si oui ou non nous permettrions aux gens de prendre de l'assurance privée pour couvrir le coût de ces frais d'utilisation.

J'ai parlé au sénateur Kirby de cela. Il m'a demandé de me pencher sur cette question tout particulièrement. Je pense que si on permet aux gens d'avoir de l'assurance privée pour couvrir les coûts des frais d'utilisation, l'utilité même de ces frais au départ disparaîtra complètement. L'idée, c'est que lorsque les gens doivent payer de leur poche, ils vont peut-être être plus sensibles aux coûts des soins qu'ils consomment. Cependant, si les gens sont en mesure d'acheter de l'assurance privée pour couvrir le coût des soins, il est évident alors qu'ils ne se préoccuperont pas autant des coûts.

C'est pourquoi en Australie, où il y a un régime de frais d'utilisation pour les services médicaux, les gens n'ont pas le droit de détenir de l'assurance privée pour couvrir le coût des frais d'utilisation des services médicaux. En effet, sans cela, on ne pourrait contrôler l'utilisation des services ou du moins, ce contrôle se limiterait simplement à ceux qui n'ont pas les moyens de s'acheter de l'assurance privée.

**La vice-présidente:** Lors de la téléconférence que nous avons organisée avec l'Australie, ces questions ont été soulevées relativement à l'assurance privée et aux frais d'utilisation.

**Le sénateur Morin:** Je voudrais poser quelques questions à M. Hurley. Je sais que vous êtes économiste. Nous n'avons pas la chance de rencontrer des économistes très souvent, même si nous en avons un à la droite de la présidence ici.

Je suis d'accord avec la majeure partie de vos déclarations au sujet des frais d'utilisation. Cependant, considéreriez-vous ces frais comme une procédure plus efficace pour motiver le patient? Supposons, par exemple, que nous n'ayons pas une liste des médicaments admissibles. Pourrions-nous alors envisager d'imposer des frais d'utilisation dans le cas des médicaments brevetés et pas dans le cas des médicaments génériques semblables?

Je partage vos préoccupations au sujet du compte d'épargne santé. Vous mettez en plein dans le mille. On entend tellement parler de cela.

Vous parlez du partage entre le payeur et le fournisseur, mais votre document n'est pas clair à ce sujet. Lorsqu'il est question d'assurance privée et de fournisseurs privés, je pense que nous devons faire une distinction claire. Dans votre déclaration, vous l'avez faite, mais votre document n'est pas clair à cet égard. Cette distinction est très importante. Je crois que des fournisseurs privés peuvent avoir leur place. Pourriez-vous préciser votre pensée?

Vous avez parlé des marchés internes. Ce n'est pas un concept facile. Je sais que certaines personnes réclament cela. C'est une notion très populaire en Grande-Bretagne et en Suède. Comme vous êtes un économiste, pourriez-vous nous dire comment nous pourrions appliquer le concept des marchés internes au système canadien?

**M. Hurley:** Permettez-moi de répondre à vos questions une à une. Assurons-nous publiquement un service médicalement nécessaire si une personne veut une version plus coûteuse de ce service qui est de même qualité? Je vous donne l'exemple des



believe, is a different issue than paying \$10 to see one's primary care physician. The system is ensuring a medically necessary service. Some people would argue that the brand name drug, when there is a generic equivalent, is not a medically necessary service.

I do not think that contravenes the notion that the system is about insuring medically necessary service. You are saying that we are providing access to the generic drug, which is just as effective as a brand name drug. As an economist, I would say it would be irrational to want to pay more for the brand drug in all but a few cases, when the generic drug is there. The idea that user charges channel people who already have access to medically necessary services is a very different proposition regarding user charges than what I believe was proposed in my document.

**Senator Morin:** Let us speak of a less expensive drug in a given class.

**Dr. Hurley:** Certainly.

**Senator Morin:** The drugs are not entirely the same, but the user fee is applied to bring in the more expensive drug.

**Dr. Hurley:** This is similar to a reference-based pricing type of approach.

**Senator Morin:** Yes. The user fee would not be the total cost of the drug.

**Dr. Hurley:** I do not see as big a problem with that as with the generic notion of a user fee to simply raise revenue or for the purpose put forth in your document.

It is crucial that the user fee be imposed after the person has been able to use the system to determine their problem. Second, access is being provided to what is seen as an effective medical treatment through the public system. In that sense, you have tried to target the user fee to some notion of appropriateness. That is what is missing from generic user fee schemes. Anytime you can tie it to appropriateness, to the person having free access to the appropriate service, certainly that is not as problematic. In such instances, the person is paying for something from which they are deriving satisfaction for whatever reason. A common example is the light cast instead of the heavy cast.

Your second point was about internal markets. I think a couple of clear lessons coming out of internal markets are about how difficult it is to create meaningful competition in the health care sector. It is well understood why that is hard to do. Health care is an extremely complex good. We are not talking about number 5 bolts that are standard across everything.

Outside of areas such as physicians and so forth, how many areas in Ontario could sustain more than one hospital and compete? Outside Toronto and Hamilton, I suggest there are not very many. As well, you need to establish long-run relationships, given the nature of the commodity. You cannot simply say: "We will switch our bypass surgery from this hospital to that hospital." There are many reasons why the classical vision of competition is

médicaments de marque comparativement aux médicaments génériques. Selon moi, cela diffère du fait de payer 10 \$ pour voir un médecin offrant des soins primaires. Le régime assure un service médicalement nécessaire. Certaines personnes vont prétendre que lorsqu'il y a un équivalent générique, le médicament de marque n'est pas un service médicalement nécessaire.

Selon moi, cela ne va pas à l'encontre de la notion voulant que le système tende à assurer les services médicalement nécessaires. Vous dites que nous offrons l'accès à un médicament générique qui est tout aussi efficace qu'un médicament de marque. En tant qu'économiste, je dirais qu'il serait irrationnel de vouloir payer davantage pour le médicament de marque dans pratiquement tous les cas, lorsqu'on peut compter sur un médicament générique. L'idée selon laquelle les frais d'utilisation influencent les gens qui ont déjà accès à des services médicalement nécessaires diffère beaucoup, selon moi, de ce que j'ai proposé dans mon document.

**Le sénateur Morin:** Parlons d'un médicament moins coûteux dans une catégorie donnée.

**M. Hurley:** Certainement.

**Le sénateur Morin:** Les médicaments ne sont pas entièrement les mêmes, mais les frais d'utilisation sont imposés pour permettre le recours aux médicaments plus coûteux.

**M. Hurley:** C'est semblable à une approche fondée sur l'établissement du coût en fonction d'un médicament de référence.

**Le sénateur Morin:** Oui. Les frais d'utilisation ne représenteraient pas le coût total du médicament.

**M. Hurley:** Cela ne me cause pas autant de problèmes que la notion générale de frais d'utilisation pour simplement percevoir des recettes ou pour les fins établies dans votre document.

Il est essentiel d'imposer les frais d'utilisation une fois que la personne a été en mesure d'utiliser le régime pour établir de quoi elle souffre. Ensuite, par l'entremise du régime public, on offre l'accès à ce qui est perçu comme un traitement médical efficace. En ce sens, vous avez essayé de lier les frais d'utilisation à une notion de pertinence. C'est ce qui manque dans les régimes généraux de frais d'utilisation. Chaque fois qu'on peut lier ces frais à la nécessité pour la personne en question d'avoir un accès libre au service approprié, chose certaine, cela ne pose pas autant de problèmes. Dans de tels cas, la personne paie pour un service qui la satisfait pour une raison quelconque. Un exemple courant est l'utilisation de plâtres légers au lieu de plâtres lourds.

Vous parlez ensuite des marchés internes. Je pense que la notion des marchés internes nous permet de voir à quel point il est difficile de créer une véritable concurrence dans le secteur de la santé. On comprend fort bien la raison de cela. Les soins de santé sont un produit extrêmement complexe. Il n'est pas question de boulons no 5 qui sont la norme partout.

À part dans certains domaines comme celui des médecins et le reste, combien de régions de l'Ontario pourraient faire vivre plus d'un hôpital et être compétitives? À l'extérieur de Toronto et de Hamilton, je prétends qu'il n'y en a pas beaucoup. De plus, il faut établir des relations à long terme étant donné la nature du produit. On ne peut tout simplement dire: nous allons transférer nos pontages d'un hôpital à un autre. Il y a de nombreuses réponses

not relevant in the health care sector, and there are well-understood economic reasons for why that is the case.

In general, the scope for competition is overblown, even in an internal market. Where is it possible in Canada? Certain areas have been exploited outside of health care proper. Hospitals are already outsourcing cafeterias and other sorts of non-healthcare goods and services. However, there is a range of goods related to health care where that is impossible. The regionalization that has taken place in most provinces is a first step towards permitting competition. The regional authority holds a budget and can now engage in some form of rivalry, rather than competition. You want alternative providers to feel that they need to perform or else they might lose their contract. That is not perfect competition in the way that economists use the word, but there is a notion of rivalry, something at risk for the providers. Regionalized health authorities are the first building block towards internal market competition.

"Contracting approach" may be a more appropriate term. Although most people do not realize it, in Canada the physician sector is entirely reliant upon contracting. Almost all physicians are in private practice. We contract with them through a negotiated agreement to pay a certain fee. It is a contract, although not well-written, which is part of the problem.

This notion of contracting is not far from the Canadian system. We need to think much harder about how we can structure contracts and approaches that are advancing the public interest.

**Dr. Flood:** I would like to comment on the idea of internal markets and contracting out. I have done quite a bit of work in looking at different countries and their experience with contracting out. I agree with Dr. Hurley to a certain extent, but I believe there is more potential than he does. It is true that experiences from the jurisdictions that have experimented with it have been very mixed. However, I think that has been partly because of our "one-size-fits-all" approach. We try to move the whole system towards contracting out instead of just those health goods and services that are more conducive to contracting out than others.

Where markets are smaller with more competitors, for example, in family doctor services, the GP fundholding model from the U.K. springs to mind. Many small GP groups compete with each other, holding a budget that may cover the drugs and diagnostic services that they prescribe. In this way, they could become more energetic private management teams within the system. That was something that Dr. Hurley did not mention.

pour lesquelles la vision classique de la concurrence n'est pas pertinente dans le secteur des soins de santé et il y a des raisons économiques bien connues à cela.

En général, la portée de la concurrence est surestimée, même sur un marché interne. Où est-ce possible au Canada? Certains services sont déjà assurés par des entreprises extérieures aux établissements de santé. Les hôpitaux ont déjà recours à l'impartition pour offrir des services de cafétéria et d'autres produits et services qui ne sont pas directement liés aux soins de santé. Cependant, dans le cas d'un éventail de produits reliés aux soins de santé, cela est impossible. La régionalisation à laquelle on assiste dans la plupart des provinces est un premier pas vers la concurrence. Les autorités régionales détiennent un budget et il peut ainsi s'établir une certaine rivalité plutôt qu'une concurrence entre elles. Il faut avoir d'autres fournisseurs pour faire en sorte que les entreprises aient le sentiment qu'elles doivent bien assurer les services sous peine autrement de perdre leur contrat. Ce n'est pas une concurrence parfaite dans le sens où les économistes l'entendent, mais il y a une notion de rivalité, un certain risque pour les fournisseurs. Des autorités régionales de santé sont le premier pas vers la concurrence sur le marché interne.

L'«approche contractuelle» est peut-être une expression plus appropriée. Même si la plupart des gens ne s'en rendent pas compte, au Canada, les services offerts par les médecins sont entièrement liés à l'impartition. Pratiquement tous les médecins travaillent en cabinet privé. Nous établissons avec eux un contrat en vertu duquel ils reçoivent une certaine rémunération. Ce contrat, même s'il n'est pas bien rédigé, fait partie du problème.

Cette notion d'impartition ne s'éloigne pas beaucoup du régime canadien. Nous devons réfléchir bien davantage à la façon dont nous pouvons structurer les contrats et les approches de manière à mieux défendre l'intérêt public.

**Mme Flood:** Je voudrais parler de la notion de marchés internes et d'impartition. J'ai examiné longuement l'expérience de divers pays avec l'impartition. Je suis d'accord avec M. Hurley dans une certaine mesure, mais je crois que le potentiel est supérieur à ce qu'il prétend. Il est vrai que les résultats obtenus dans les pays qui ont mis cela à l'essai n'ont pas toujours été très concluants. Cependant, je pense que cela découle en partie de notre approche «uniformisée». Nous essayons de faire en sorte que tout le régime soit basé sur l'impartition au lieu que cela s'applique simplement aux produits et services de santé qui peuvent être plus facilement confiés à contrat.

Lorsque les marchés sont plus petits et il y a plus de concurrents comme, par exemple, dans le cas des services offerts par les médecins de famille, le modèle des cabinets de groupe de médecins utilisé au Royaume-Uni nous vient à l'esprit. De nombreux petits groupes d'omnipraticiens se livrent concurrence en ayant un budget qui peut couvrir les médicaments et les services de diagnostic qu'ils prescrivent. De cette façon, ils peuvent devenir des équipes de gestion privée plus énergiques à l'intérieur du système. C'est une chose dont M. Hurley n'a pas parlé.



However, this also relates to Dr. Mustard's point about primary care reform. Thinking about these kinds of initiatives and engaging in harnessing the private sector to achieve public sector goals is clearly the way to go here.

**Senator Morin:** I realize what has been done in the U.K. and Sweden. However, is that applicable to our Canadian context? Is it appropriate for a group of family physicians to control the drugs expenditure?

**Dr. Flood:** This approach would have been no less applicable in New Zealand or the U.K. These elements have been put in place as a reform initiative. There is no reason why it could not happen here. We certainly should learn from the experiences of the U.K. and New Zealand and these other countries.

I wish to emphasize that one thing not thought through very well in those jurisdictions was how to ensure the accountability of these new purchasers of the new health authorities and of the new GP fund holders. If you intend to ask health authorities to become active or proactive managers within the system, you must think very carefully about how you can ensure that they do a good job.

**Senator Morin:** Would you recommend having as part of the primary care reform, in addition to the four points usually given for primary care reform, giving fund holders the power to purchase for the patients to cover drugs, diagnostic and therapeutic services from a number of providers on a contract basis with competition between the providers? This is the British system.

**Dr. Hurley:** I want to qualify that a little bit. We need to make a decision. Do we want to have geographically-based integration, as represented by the regional health authorities, or do we want some kind of integrated, roster-based, primary care organization?

**Dr. Flood:** They do not have to be exclusive.

**Dr. Hurley:** No, but they do have very different implications.

**Senator Morin:** I understand that, but not everybody is that much in favour of regionalization. A witness here yesterday, Mr. Lozon, said he was absolutely not in favour of regionalization. That is a different matter. However, I am trying to consider another model here, the one Dr. Flood is recommending, which is the British-Swedish-New Zealand model. This is an extension of a primary care reform that is being considered in Canada. Am I right?

**Dr. Hurley:** The benefits of that system did not arise from demand-side competition, where people are saying: "I am switching my doctor because I want to go to that doctor." We already have that in Canada. Competition in the Canadian system has not increased by doing that. The benefits come, as Dr. Flood has pointed out, from the providers acting as a fund holder who is inducing the suppliers of services to that organization to compete

Cependant, cela touche également au point soulevé par le Dr. Mustard au sujet de la réforme des soins primaires. Il est évident que dans le cas présent, on doit réfléchir à ce type d'initiative et se servir du secteur privé pour atteindre les objectifs du secteur public.

**Le sénateur Morin:** Je comprends ce qui se fait au Royaume-Uni et en Suède. Cependant, est-ce applicable au contexte canadien? Convient-il qu'un groupe de médecins de famille contrôlent les dépenses de médicaments?

**Mme Flood:** Cette approche n'aurait pas été moins applicable en Nouvelle-Zélande ou au Royaume-Uni. On a mis en place ces éléments dans le cadre d'une réforme. Rien n'empêche de faire la même chose ici. Nous devrions certes tirer les leçons qui s'imposent des expériences au Royaume-Uni et en Nouvelle-Zélande, ainsi que dans d'autres pays.

Je tiens à souligner que dans ces pays, on n'a pas assez réfléchi à la façon de s'assurer de la reddition de comptes de la part des nouvelles autorités de santé et des nouveaux cabinets de groupe de médecins relativement à ces nouveaux achats. Si on veut demander aux autorités de santé de devenir des gestionnaires actifs ou proactifs à l'intérieur du système, on doit bien réfléchir à la façon dont on peut s'assurer qu'elles font du bon travail.

**Le sénateur Morin:** En plus des quatre points dont il est généralement question relativement à une réforme des soins primaires, recommanderiez-vous dans le cadre d'une telle réforme, de donner aux cabinets de groupe de médecins le pouvoir d'acheter à contrat pour les patients des médicaments, des services de diagnostic et des services thérapeutiques à un certain nombre de fournisseurs qui se feraient concurrence? C'est le système britannique.

**M. Hurley:** Je voudrais nuancer cela un petit peu. Nous devons prendre une décision. Voulons-nous une intégration fondée sur des facteurs géographiques, ce que représentent les autorités régionales de santé, ou voulons-nous une sorte d'organisation intégrée, basée sur une liste et offrant des soins primaires.

**Mme Flood:** L'un n'exclut pas l'autre.

**M. Hurley:** Non, mais les deux systèmes ont des conséquences bien différentes.

**Le sénateur Morin:** Je comprends cela, mais ce n'est pas tout le monde qui est en faveur de la régionalisation. Un témoin qui avait comparu devant nous hier, M. Lozon, a déclaré qu'il était tout à fait contre. C'est bien différent. Cependant, j'essaie d'envisager un autre modèle ici, soit celui que recommande Mme Flood, c'est-à-dire le modèle adopté par la Grande-Bretagne, la Suède et la Nouvelle-Zélande. C'est un prolongement de la réforme des soins primaires qu'on envisage au Canada, n'est-ce pas?

**M. Hurley:** Les avantages de ce système n'ont pas découlé de la concurrence sur le plan de la demande, alors que les gens disent qu'ils changent de médecin, car ils en préfèrent un autre. Nous avons déjà cela au Canada. Cela n'a pas conduit à un accroissement de la concurrence dans le régime canadien. Comme Mme Flood l'a signalé, les avantages découlent du fait que les fournisseurs de soins forment un cabinet de groupe qui amène les

in some fashion. It is a supply-side competition, not a demand-side competition.

**Senator Morin:** Rather than rivalry, is this true competition with a contract?

**Dr. Hurley:** It depends.

**Dr. Flood:** The evidence is mixed about how this would work. The evidence from the U.K. about GP fundholding had a difficulty. It was in the context of numerous other reforms that happened in the system at the same time. It is very difficult to unpack what actually was the impact of GP fund holders. There is some evidence that GP fund holders did make a difference. They were able to negotiate shorter waiting times and shorter lists for their patients. Critics of GP fundholding would respond that that is because they were controlling the marginal revenue of the hospitals. The health authority had to prop the public hospitals up. Therefore the GP fund holders were able to achieve some gains because the hospitals had to respond to them in order to gain their extra marginal revenue.

I am more supportive of GP fundholding. Irrespective of whether you move into purchasing hospital services, in particular when thinking about controlling our drug budget, the evidence is clear that the GP fund holders were much more cost-effective in the drug recommendations that they made. This is because they did have some incentive to think about the costs and benefits of the drug prescriptions they wrote. When you go to a physician, it is pretty easy to get a prescription. It is pretty easy to go get lab work. You would want your doctor to have some sense of the relative costs of what they are recommending to you. GP fundholding is one way to put in place those incentives without undermining the autonomy of those physicians. You are not telling them what to do but giving them the tools and asking them to do it.

**Senator Morin:** This is exactly what I wanted to know.

**Senator Keon:** I would just like to add a comment on the subject of GP fundholding. My daughter and son-in-law are physicians in England. They tell me that the problem with GP fundholding is that when funds start running out, a terrible conflict arises between the physician's desire to do what is best, and his or her financial capability to do what is best. It appears that method has some major problems, too.

**Dr. Flood:** With all of these competitive models, whether internal market, GP fundholding, or empowering regional health authorities, you need to think about how you structure the budgets, and that you pay them quite carefully. You need to think about the age and sex and risk adjustment factors that go into figuring out how you pay the GP fund holders.

In the U.K., that was not the case. If you came up against a sharp, hard budget but could demonstrate in any particular individual's case that their expenses were beyond a certain point,

prestataires de services à cette organisation à se livrer une certaine concurrence. La concurrence se fait du côté de l'offre et non de la demande.

**Le sénateur Morin:** Plus qu'une rivalité, est-ce une véritable concurrence liée à un contrat?

**M. Hurley:** Cela dépend.

**Mme Flood:** Il n'est pas certain que cela fonctionnerait. Au Royaume-Uni, on a eu du mal à établir les effets réels des cabinets de groupe de médecins. En effet, un grand nombre d'autres réformes ont été entreprises en même temps. Il est très difficile de déterminer les répercussions réelles de la création de cabinets de groupe de médecins. Certaines indications nous permettent de croire que cela a fait une différence. Les cabinets de groupe étaient en mesure de négocier des attentes moins longues pour leurs patients. Les critiques du système vont répondre que c'est parce que les intéressés contrôlaient le revenu marginal des hôpitaux. L'autorité de santé devait soutenir les hôpitaux publics. Ainsi, les cabinets de groupe de médecins ont été en mesure de réaliser certains gains parce que les hôpitaux devaient leur rendre les services voulus pour obtenir leur revenu marginal supplémentaire.

Je suis davantage en faveur des cabinets de groupe de médecins. Peu importe qu'il soit question d'achat de services hospitaliers, surtout lorsqu'il s'agit de contrôler le budget du médicament, les faits montrent clairement que les cabinets de groupe ont été en mesure de recommander des médicaments de façon beaucoup plus rentable. En effet, ils étaient encouragés à penser aux coûts et aux avantages des ordonnances qu'ils rédigeaient. Lorsque les gens vont voir le médecin, il est très facile d'obtenir une ordonnance. Il est très facile d'obtenir des examens de laboratoire. Les gens veulent que leurs médecins aient une idée des coûts relatifs de ce qu'ils prescrivent. Les cabinets de groupe sont une façon de mettre en place ces incitatifs sans miner l'autonomie des médecins en question. On ne leur dit pas ce qu'ils doivent faire, mais on leur donne les outils pour prendre des décisions éclairées.

**Le sénateur Morin:** C'est exactement ce que je voulais savoir.

**Le sénateur Keon:** Je voudrais juste ajouter une observation au sujet des cabinets de groupe. Ma fille et mon gendre sont médecins en Angleterre. Ils me disent que le problème avec ce système, c'est que lorsque les fonds commencent à manquer, il y a un terrible conflit entre le désir des médecins de faire ce qui est le mieux et leur capacité financière de le faire. Il semble que cette méthode pose de graves problèmes également.

**Mme Flood:** Avec tous ces modèles de concurrence, qu'il s'agisse des marchés internes, des cabinets de groupe ou de la dévolution de pouvoirs à des autorités régionales de santé, il faut penser à la façon de structurer les budgets et prendre garde à la façon dont on paie les intéressés. On doit penser aux facteurs d'ajustement en fonction de l'âge, du sexe et des risques dont on doit tenir compte lorsqu'on établit le mode de rémunération des cabinets de groupe.

Au Royaume-Uni, cela n'était pas le cas. Lorsqu'il y avait un budget bien établi, mais qu'il était possible de démontrer dans n'importe quel cas particulier que les dépenses dépassaient un



then you could go to a common pooling fund and collect that money.

There was some risk. One cannot ask family doctors to assume huge amounts of financial risk. However, one has to design the incentives in such a way as to ask them to consider the costs. Clearly, you do not want them sacrificing individual patients at the altar of cost savings. On the other hand, in their day-to-day practice, you do want them to inculcate that idea of thinking about costs into their everyday practice.

**Senator Keon:** I am aware of the fact that there is an appeal mechanism and so forth, but it is not always very responsive.

I want to bring both of you back to your concern about us moving into a two-tiered system. The fact is that we are in a two-tiered system. How do we get out of it? I would like to hear your comments on that. About 25 services have been delisted in the last ten years: A number of drugs are not paid for; homecare is not fully paid for, nor is chronic care. How, then, do we get out of the two-tiered system that we have?

**Dr. Flood:** That is a good question. I am not convinced by the argument that a two-tiered system exists to some degree already, which therefore can be made even more two-tiered by hospital and physician services.

**Senator Keon:** That was not my argument at all. I did not raise an argument. I asked you a question. How do we get out of what we are in?

**Dr. Flood:** My response is along the lines of what Dr. Mustard was saying: We need to embrace primary care reform. We need to move to integrated delivery systems. We need to get more efficiency out of our present system. We need to try and wrap these other services into that primary care model. That is why I am talking about physicians holding drug budgets, perhaps even homecare budgets. That is one way to move forward.

How do we expand into family care and homecare? I think there is not a lot of provincial willingness to embrace another Canada Health Act model. That is going to happen any time soon. We need to think about other ways to get there.

My feeling is that we should be examining European models of managed competition, and as has been experienced in Quebec. We should consider regulating private insurers across the country in order to try to improve access to drugs and homecare.

**Senator Keon:** Would you go back to listing all of the delisted services?

**Dr. Flood:** I think that listing and delisting is a process that has to go on. We have to make decisions about what services should be publicly funded and what services should not be publicly funded. I am not happy with our current processes for that kind of decision-making. We need better processes for deciding what is in

certain niveau, on pouvait s'adresser à un fonds commun pour obtenir cet argent.

Il y avait un certain risque. On ne peut demander à des médecins de famille d'assumer des risques financiers énormes. Cependant, il faut concevoir les mesures incitatives de façon à les encourager à tenir compte des coûts. Manifestement, on ne veut pas qu'ils sacrifient les patients dans le but d'économiser. D'un autre côté, on veut que, dans leur exercice quotidien de la médecine, ils pensent aux coûts.

**Le sénateur Keon:** Je suis au courant du fait qu'il y a un mécanisme d'appel mais je sais également qu'il n'est pas toujours très efficace.

J'aimerais revenir sur la préoccupation que vous partagez tous les deux au sujet de l'avènement d'un système à deux vitesses. Le fait est que nous sommes déjà dans un système à deux vitesses. Comment faire pour en sortir? J'aimerais savoir ce que vous en pensez. Au cours des dix dernières années, environ 25 services ont été désassurés; un certain nombre de médicaments ne sont pas remboursés; les soins à domicile ne sont pas entièrement remboursés, tout comme les soins aux malades chroniques. Comment donc nous sortir de ce système à deux vitesses?

**Mme Flood:** C'est une bonne question. Je ne suis pas convaincue par l'argument qu'un système à deux vitesses existe déjà dans une certaine mesure, système qui pourrait devenir encore plus prononcé si on y ajoutait les services hospitaliers et médicaux.

**Le sénateur Keon:** Ce n'est pas du tout mon argument. Je n'ai pas avancé d'arguments. Je vous ai posé une question. Comment sortir de la situation dans laquelle nous sommes?

**Mme Flood:** Ma réponse ressemble pas mal à ce que disait le Dr. Mustard, à savoir que nous devons procéder à la réforme des soins primaires. Nous devons adopter des systèmes intégrés de prestation. Nous devons améliorer l'efficacité de notre système actuel. Nous devons essayer d'intégrer ces autres services dans le modèle de soins primaires. C'est pourquoi je suggère qu'on donne aux médecins un budget pour les médicaments, peut-être même pour les soins à domicile. C'est une manière d'aller de l'avant.

Comment procéder pour la médecine familiale et les soins à domicile? Je pense que les provinces sont disposées à adopter un autre modèle similaire à la Loi canadienne sur la santé. Cela va arriver très vite. Nous devons penser à d'autres manières de parvenir à nos fins.

Personnellement, j'estime que nous devrions examiner les modèles européens de gestion de la concurrence, et l'expérience qu'en a faite le Québec. Nous devrions envisager de réglementer les assureurs privés à l'échelle du pays afin d'essayer d'améliorer l'accès aux médicaments et aux soins à domicile.

**Le sénateur Keon:** Est-ce que vous réassurerez tous les services qui ne le sont plus?

**Mme Flood:** Je pense que la décision d'assurer ou de ne plus assurer est un processus nécessaire. Nous devons décider quels services devraient être payés par l'État et quels services ne devraient pas l'être. Je n'aime pas le processus actuel pour prendre ce genre de décisions. Nous avons besoin d'améliorer le

and what is out. After we look at how we fund drugs on the basis of cost-effectiveness, we can apply some of those lessons to physician services, for example.

A part of the problem here is that the way in which we decide what is medically necessary in physician services is also part and parcel of how we decide to remunerate physician services. This makes it difficult to take services out. You said we took 25 services out. We probably should have delisted more and listed more. How do we do that? The problem in the system is all about how we fund physicians. If we could think about how to pay physicians separately from a decision-making process about how we decide what is in and what is out of the publicly funded basket, we would be moving closer to where we should be.

**Senator Keon:** I agree with that. Do you want to respond, Dr. Hurley?

**Dr. Hurley:** I share a couple of Colleen's thoughts. We need a reorganization of primary care in the system. It has to happen. Changing different funding models that blend capitation with other forms, such as program funding, is the way to go. The fundholding idea is retained but does not carry some of the risks that you spoke of with a peer perspective kind of system. It also de-links coverage decisions from funding.

Funding may receive too much attention. Most of the evidence on funding is not funding, per se, but funding differences with associated changes in management of practices and organizations. We cannot isolate the specific effect of funding. I think we place almost too much emphasis on funding compared to other non-financial ways to try and improve practice and provide incentives for people who do good things.

On the financing side, we currently spend close to a \$1 billion subsidizing private insurance. That is the least efficient way we know to expand coverage for services. If we get rid of the tax subsidy to the wealthy to purchase private insurance, that will raise close to a billion dollars. That money can be used far more directly to provide needed services to people. It has been well established that subsidization of insurance is an inefficient way to increase coverage for services.

Canadians are somewhat leery about tax increases. They have, however, experienced large cuts recently. Creative things can be done to link increased contributions to something that they value — health care, and health care systems. Whether we call them premiums or not, I would not advocate a flat head-tax kind of approach, meaning the same premium for everyone. There are dangers with an integrated tax system when you start earmarking specific funds. However, Canadians would probably support it as

processus par lequel nous décidons ce qui est assuré et ce qui ne l'est pas. Une fois que nous aurons décidé comment financer les médicaments en fonction de leur coût et de leur efficacité, nous pourrions appliquer certaines de ces leçons aux services médicaux, par exemple.

Une partie du problème réside dans le fait que la façon dont nous décidons quels services médicaux sont médicalement nécessaires fait partie de la manière dont nous décidons comment rémunérer les services médicaux. Cela rend la tâche de décider quels services retirer d'autant plus difficile. Vous avez dit que nous avions retiré 25 services. Nous aurions probablement dû en désassurer davantage et en assurer davantage. Comment y parvenir? Le problème se résume à la manière dont nous payons les médecins. Si nous pouvions penser à une manière de payer les médecins qui serait distincte du processus décisionnel suivi pour décider ce qu'on ajoute sur la liste des choses payées par l'État et ce qu'on en retire, on se rapprocherait du but.

**Le sénateur Keon:** Je suis d'accord. Voulez-vous répondre monsieur Hurley?

**M. Hurley:** Je partage une ou deux des idées de Colleen. Nous devons réorganiser les soins primaires. Il faut que cela se fasse. Modifier les modes de financement, combiner la capitation à d'autres formes de financement, telles que le financement des programmes, est la voie à suivre. On retient l'idée des cabinets de groupe, mais sans les risques associés à un système évalué par les pairs dont vous avez parlé. On dissocie les décisions en matière d'assurance et le financement.

Le financement reçoit peut-être trop d'attention. D'après ce que l'on sait du financement, la question n'est pas tellement le financement en soi, mais les variantes en la matière auxquelles sont associées les différences dans la gestion des cabinets et des organisations. On ne peut isoler l'incidence spécifique du financement. Je pense que nous accordons trop d'importance au financement par rapport aux autres manières non financières d'essayer d'améliorer les pratiques et d'octroyer des incitatifs aux gens qui font du bon travail.

Pour ce qui est du financement, à l'heure actuelle, nous dépensons près d'un milliard de dollars à subventionner les compagnies d'assurance privées. C'est la manière la moins efficace que nous connaissions d'assurer la couverture de services. Si nous éliminions la subvention fiscale aux riches qui s'assurent auprès de compagnies privées, nous économiserions près d'un milliard de dollars. Cet argent pourrait être utilisé de manière beaucoup plus directe pour fournir les services dont les gens ont besoin. Il est prouvé que subventionner les compagnies d'assurance est une manière inefficace d'accroître la couverture des services.

Les Canadiens se méfient des augmentations d'impôts. Ils ont toutefois bénéficié récemment de réductions d'impôt importantes. On peut faire preuve de créativité pour établir un lien entre l'augmentation des cotisations et ce à quoi ils tiennent: les soins de santé et les systèmes de soins de santé. Qu'on appelle ça une cotisation ou non, je ne préconiserai pas une approche du genre capitation uniforme c'est-à-dire la même cotisation pour tout le monde. Il y a des dangers quand, dans un système fiscal intégré,



a way to increase revenues and get value for those increased expenditures.

On the issue of coverage, Canada is only now starting to grapple with the fact that, historically, we have not needed elaborate, rigorous processes for deciding what is covered. Thirty years ago, almost anything a doctor did was medically necessary. We know that this issue will only get worse as new products come out on the boundaries of what we think is medically necessary.

Not everything doctors and hospitals do are medically necessary, or need to be publicly financed. We need to invest a lot of thought into creating processes for addressing this issue. Canadians will have to learn to distinguish why some things are publicly financed from one provider, when other things from the same provider are not. Canada is starting to have consumer goods as part of what it delivers, unlike 30 or 40 years ago. We need to come to terms with that evolution of the health care sector.

**Senator Keon:** You appear to be keeping the definition of "medically necessary" as it relates to public funding. Is that correct?

**Dr. Hurley:** We have left the principle out of pharmacare and homecare. However, it is vital that we maintain and expand the principle that, in Canada, access to medically necessary services is not impeded by financial barriers. We know that from an ethical point of view it is important, and from a pure efficiency point of view it is important to do that.

**Senator Morin:** What is this billion-dollar subsidy we have paid for insurance?

**Dr. Hurley:** My compensation from my employer in the form of a supplemental insurance plan is tax-deductible.

**Senator Keon:** Dr. Mustard suggested that he did not have time in this presentation to cover some of the areas in our report where we did not dig deep enough for evidence. I wonder if you could highlight those for us?

**Dr. Mustard:** The discussion here with my colleagues Dr. Flood and Dr. Hurley is certainly referring to a research base that I am familiar with and have some confidence in. The research base asks the question: What is the role of economic incentives in influencing the behaviour of patients, providers, and organizations? That evidence base, as I have come to understand it, is actually quite informative. With familiarity, it tempers our ideological comfort. By "ideological comfort" I mean our comfort with certain ways of thinking about how the world works. These ways may be anchored in ideologies. For example, there is a belief that private markets are inherently more effective at producing goods efficiently than are public markets.

on commence à réserver des fonds à des fins précises. Toutefois, les Canadiens appuieraient probablement cette approche comme moyen d'augmenter les recettes et d'en avoir pour leur argent.

Quant à la question de la couverture, le Canada commence tout juste à prendre conscience du fait que, traditionnellement, nous n'avons pas eu besoin d'un processus rigoureux et précis pour décider ce qui est assuré. Il y a 30 ans, presque tout ce que faisait un médecin était médicalement nécessaire. Nous savons que cette question ne va faire qu'empirer au fur et à mesure qu'arrivent sur le marché de nouveaux produits qui sont à la limite de ce que nous pensons médicalement nécessaires.

Tout ce que font les médecins et les hôpitaux n'est pas médicalement nécessaire et ne doit pas nécessairement être payé par l'État. Nous devons investir beaucoup de réflexion dans la création d'un processus pour résoudre ce problème. Les Canadiens vont devoir apprendre à discerner pourquoi certaines choses sont payées par l'État alors que d'autres fournies par la même personne ne le sont pas. Nous commençons à avoir au Canada, des biens de consommation qui sont assurés, contrairement à ce qui se passait il y a 30 ou 40 ans. Nous devons prendre la pleine mesure de cette évolution du secteur des soins de santé.

**Le sénateur Keon:** Vous semblez réserver la définition de «médicalement nécessaire» à ce qui est financé par les fonds publics. Est-ce exact?

**M. Hurley:** Nous avons exclu ce principe du régime d'assurance-médicaments et des soins à domicile. Toutefois, il est essentiel que nous maintenions et que nous développions le principe que, au Canada, l'accès aux services médicalement nécessaires ne doit pas être entravé par des obstacles financiers. Nous savons que, du point de vue de l'éthique, c'est important, et que du seul point de vue de l'efficacité, c'est tout aussi important.

**Le sénateur Morin:** Qu'est-ce que c'est que cette subvention d'un milliard de dollars que nous avons versée aux assurances?

**M. Hurley:** La rémunération que me verse mon employeur sous forme d'un régime d'assurance supplémentaire est déductible d'impôt.

**Le sénateur Keon:** Le Dr Mustard a dit qu'il n'avait pas le temps, dans le cadre de son exposé, de passer en revue tous les domaines que, dans notre rapport, nous n'avons pas suffisamment creusés. Je me demande si vous pourriez les énumérer pour nous?

**Dr Mustard:** La discussion avec mes collègues Mme Flood et M. Hurley fait allusion à une base de recherche que je connais et à laquelle je fais confiance. La base de recherche repose sur la question suivante: dans quelle mesure les incitatifs économiques influencent-ils le comportement des patients, des fournisseurs et des organisations? Cette base de données, d'après ce que j'en connais, est en fait très révélatrice. Elle tempère notre confort idéologique. Par «confort idéologique», j'entends la mesure dans laquelle nous sommes à l'aise avec certains modes de pensée quant à la manière dont le monde fonctionne, les idées que nous nous en faisons sont sans doute ancrées dans une idéologie. Par exemple, il est communément accepté que les marchés privés sont par inhérence plus efficaces que les marchés publics pour produire des biens.

Health care does not work that way. You do not get the efficiencies. Sadly, more aggregate costs are incurred when you choose to use private market models to deliver something as complex as health care.

There was some important literature that the committee did not appear to have.

**Senator Morin:** I have an objection to that. What literature did we not see? Let me go one step further: Your presentation, although not your answering of our questions, has been totally negative. There has not been one single proposal. Dr. Hurley, you told us that user fees are not good. Private care is not good. In your case, Dr. Flood, it was the two-tiered system. In your case, Dr. Mustard, you were disappointed. Luckily, we obtained from you some positive recommendations as if there were no problems with the health care system. All you offered was negatives.

You seem, Dr. Flood, to be in favour of internal markets. Why did you not come out with it? Apparently we had a paper of yours, which you did not bring.

**Dr. Flood:** Actually, I have put several reports before the Senate recommending that.

**Senator Morin:** Your three presentations were totally negative and slightly insulting. You were disappointed.

**Dr. Mustard:** May I apologize, if that was the committee's perception of our presentations?

**Senator Morin:** Now it appears we did not review the literature.

**The Deputy Chairman:** Let Dr. Mustard respond, please.

**Dr. Mustard:** Senator Morin and I have argued many times, and always to a good outcome.

**The Deputy Chairman:** After all, our paper was Issues and Options.

**Dr. Mustard:** It is. I apologize if you take offence at my closing comment. I do believe I brought forward what I was attempting to do: A number of constructive observations provoked by your very thoughtful, wide-ranging sets of issues.

In the next stage of your deliberations, it would be helpful if you guided Canadians to what you thought were the most important priorities. That was offered in a constructive way to build upon the work that you have done. I made a proposal around system reform, integrating health human resource issues, primary care reform, and integrated service delivery, which is, in my view, the key.

As a constructive contribution also, I offered you a suggestion of a way of thinking about this very important issue you have raised. That is: How do we move towards a framework of stability and funding? The idea of a consensus process, however it may happen, with federal leadership around thinking about a GDP

Ça ne marche pas comme ça pour les soins de santé. Il n'y a pas de gains de rendement. Malheureusement, on encoure des coûts totaux plus élevés quand on choisit le modèle du marché privé pour fournir quelque chose d'aussi complexe que des soins de santé.

Il y a à ce sujet une documentation importante dont le comité ne semble pas avoir pris connaissance.

**Le sénateur Morin:** J'ai une objection à cela. Quelle documentation n'aurions-nous pas vue? Permettez-moi d'aller un peu plus loin: votre exposé est totalement négatif, bien que vos réponses à nos questions ne le soient pas. Vous n'avez pas fait une seule proposition. Monsieur Hurley, vous nous avez dit que les frais d'utilisation n'étaient pas bons. Les soins privés ne sont pas bons. Dans votre cas, madame Flood, c'était le système à deux vitesses. Dans votre cas, docteur Mustard, vous êtes déçu. Heureusement, nous avons obtenu de vous quelques recommandations positives comme s'il n'existait pas de problèmes dans le système de soins de santé. Tout ce que vous offrez est négatif.

Vous semblez, madame Flood, être en faveur des marchés intérieurs. Pourquoi ne l'avez-vous pas dit? Apparemment, nous avons un mémoire de vous, mais vous ne l'avez pas apporté.

**Mme Flood:** En fait, je l'ai déjà recommandé dans plusieurs rapports que j'ai présentés au Sénat.

**Le sénateur Morin:** Vos trois exposés sont totalement négatifs et quelque peu insultants. Vous vous dites déçus.

**Dr Mustard:** Puis-je m'excuser si c'est comme ça que le comité perçoit nos exposés?

**Le sénateur Morin:** Il semblerait maintenant que nous n'ayons pas étudié la documentation.

**La vice-présidente:** Laissez le Dr Mustard répondre, s'il vous plaît.

**Dr Mustard:** Le sénateur Morin et moi avons croisé le fer à maintes reprises et ça c'est toujours bien terminé.

**La vice-présidente:** Après tout, notre document est intitulé Questions et options.

**Dr Mustard:** Effectivement. Je m'excuse si ma conclusion vous déplait. Je pense avoir fait ce que j'avais l'intention de faire: plusieurs observations constructives provoquées par la série de questions très réfléchies et très vastes que vous avez soulevées dans votre document.

Pour la prochaine phase de vos délibérations, il serait utile que vous donniez aux Canadiens une idée de ce que vous pensez être les priorités les plus importantes. Cette suggestion est offerte dans un esprit constructif pour aller au-delà de ce que vous avez déjà fait. Ma proposition porte sur la réforme du système, l'intégration des questions relatives aux ressources humaines, la réforme des soins primaires et la prestation intégrée des services, ce qui, à mon avis, est essentiel.

A titre de contribution constructive, je vous ai également offert une suggestion quant à la manière d'aborder cette très importante question que vous avez posée, à savoir: comment passer à un cadre de stabilité du financement? L'idée de rechercher un consensus, de quelque manière que ce soit, sous la houlette du



target share that we are trying to hit on a sustained basis was meant constructively, not critically. The idea was provoked by reading through the challenging set of issues you have brought forward.

You asked the question about a research base. I apologize if it sounded critical in my writing to you. Through the research attempting to compare different models for the organization and delivery of services being influenced by different finance mechanisms, we do see some significant differences in the performance of health care systems. It was that reflection that I felt we could contribute as a research community towards your thinking. Maybe it is our obligation to summarize that for you.

**The Deputy Chairman:** Do you have any more questions, Dr. Keon?

**Senator Keon:** I think not. We have given these gentlemen a pretty hard time, I think. Thank you very much for coming and presenting to us.

**The Deputy Chairman:** On that note, then, may I, on behalf of the committee, thank the three of you for the enlightening and lively debate.

The committee suspended its proceedings.

Upon resuming.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Our first witnesses this afternoon, honourable senators, are Mr. Geoffrey Mitchinson, Vice-President, Public Affairs, GlaxoSmithKline Inc.; Mr. Ron Elliott, President, Canadian Pharmacists Association; and Mr. Larry Latowsky, President and CEO, Drug Trading Company Limited.

Please proceed.

**Mr. Geoffrey Mitchinson, Vice-President, Public Affairs, GlaxoSmithKline Inc.:** Mr. Chairman, thank you very much for the opportunity to address the Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology as you review the role of the federal government in the health care system.

GlaxoSmithKline is a research-based pharmaceutical company that has been in business in Canada for over 100 years. We employ 1,800 Canadians and every year we invest over \$100 million in research and development in Canada. This makes us among the top 20 R&D providers in this country.

As a company, as an industry, we share the concern of many Canadians about the rising costs and declining state of health care in the country, but we believe that neither pharmaceuticals nor the companies that develop them contribute to our health care systems problems. Drugs are not the problem, but they are certainly part of the solution. Let me state the case even more plainly: We believe that medicines represent the single best investment in the health of Canadians and the sustainability of the health care system in this country.

fédéral, au sujet d'un pourcentage du PIB que l'on essaierait de maintenir constant se voulait constructive, et non pas critique. L'idée m'est venue en lisant la série de questions provocantes que vous avez présentées.

Vous avez posé une question au sujet d'une base de recherche. Je m'excuse si ma lettre vous a semblé critique. La comparaison entre différents modèles d'organisation et de prestation des services, influencés par différents mécanismes de financement, révèle des différences importantes dans le rendement des systèmes de soins de santé. Je pensais que, en tant que chercheur, nous devions vous communiquer cette observation pour vous aider dans votre réflexion. Peut-être avons-nous l'obligation de résumer nos observations à votre intention.

**La vice-présidente:** Avez-vous d'autres questions, sénateur Keon?

**Le sénateur Keon:** Je ne pense pas. Nous avons été plutôt durs avec ces messieurs je pense. Merci beaucoup d'être venus et de nous avoir présenté votre point de vue.

**La vice-présidente:** Sur ce, puis-je, au nom du comité, vous remercier tous les trois pour ce débat éclairant et animé.

La séance est suspendue.

La séance reprend.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

**Le président:** Honorables sénateurs, nos premiers témoins de cet après-midi sont M. Geoffrey Mitchinson, vice-président, Affaires publiques, GlaxoSmithKline Inc., M. Ron Elliott, président, Association des pharmaciens du Canada et M. Larry Latowsky, président-directeur général, Drug Trading Company Limited.

La parole est à vous.

**M. Geoffrey Mitchinson, vice-président, Affaires publiques, GlaxoSmithKline Inc.:** Monsieur le président, je vous remercie infiniment de m'avoir invité à prendre la parole devant le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, dans le cadre de l'examen du rôle que joue le gouvernement fédéral dans le système de soins de santé.

GlaxoSmithKline est une compagnie pharmaceutique spécialisée dans la recherche qui est implantée au Canada depuis plus d'un siècle. Nous employons 1 800 Canadiens et, chaque année, nous investissons plus de 100 millions de dollars dans la R-D au Canada. Cela nous place parmi les 20 principaux fournisseurs de R-D du pays.

Nous partageons les inquiétudes de nombreux Canadiens face à l'augmentation du coût et de la dégradation du système de soins de santé, mais nous croyons que ces problèmes ne sont attribuables ni aux produits pharmaceutiques ni aux compagnies qui les fabriquent. Les médicaments ne sont pas la cause du problème, mais ils font certainement partie de la solution. Permettez-moi de m'exprimer encore plus clairement: nous croyons que les médicaments représentent le meilleur investissement qui peut être fait dans la santé des Canadiens et la durabilité du système de soins de santé au Canada.

Pharmaceutical expenditures are frequently described as being uncontrolled and unsustainable. There is no disputing the fact that drug expenditures are rising. Recent Canadian data, and the evidence cited by this committee in its own report, show that drug costs are increasing and out-pacing growth in other parts of the health care sector.

Faced with this fact, policymakers have jumped to the conclusion that controlling drug costs is a sure cure for an ailing part of the health care system. However, as any medical practitioner can tell you, the prescription will not work if you have made the wrong diagnosis.

This Senate committee's first report identifies a number of myths and realities about the rising costs of health care. The first one is that increases in health care expenditures can be attributed to the needs of older Canadians. The reality you offer is that there are other drivers influencing spending increases such as, first, the use of new technology; second, the cost of new drugs; and third, changing consumer expectations and needs.

The Conference Board of Canada has also looked at what is driving health care costs and they put inflation at the top of the list followed by an aging population and the rising cost of services. Nowhere do they cite the cost of new drugs. We concur with the Conference Board's diagnosis. From our point of view, the rise in health care expenditures is and will continue to be driven by two relentless realities. The first is an aging population and the second, a by-product of the first, is higher consumption of health care services for treating age-related diseases. The fact that drug costs are growing more rapidly than other health care budgets is the inevitable result of these two realities.

Let me offer a few other realities about the cost of drugs and put these in perspective. It is the demand for new drugs, not the cost of new drugs themselves, that is rising. The latest report from the government's National Patent and Medicines Review Board confirms that in 2000, the prices for patented medicines increased by only 0.4 per cent on average, well below 1 per cent, while the quantities sold increased by 16.2 per cent. The volume shot up dramatically, but the prices were basically static. The issue here is not rising costs, it is rising need.

The higher volume is a result of Canadians needing and wanting access to more services, new drugs and medical procedures. Canadians are justified in wanting the most innovative and effective treatments available. Perhaps the question we should be asking is not how to make these life-enhancing and life-saving innovations cost less, but how to make them more available. It really boils down to a question of access, not cost.

On entend souvent dire que le coût des médicaments augmente de façon débridée et que cela ne peut pas continuer. Il ne fait aucun doute que ces dépenses sont en hausse. D'après les données canadiennes récentes et le rapport de votre comité, le coût des médicaments augmente plus vite que les autres dépenses du secteur de la santé.

Devant cette réalité, les décideurs politiques ont sauté à la conclusion que le meilleur moyen de redresser le système de soins de santé était de limiter le coût des médicaments. Néanmoins, comme n'importe quel médecin pourra vous le dire, le remède sera inefficace si vous avez fait un mauvais diagnostic.

Dans son premier rapport, votre comité énonce un certain nombre de mythes et de réalités au sujet de l'augmentation du coût des soins de santé. Le premier mythe est que l'augmentation des dépenses peut être attribuée aux besoins des Canadiens âgés. La réalité que vous proposez est que d'autres facteurs influent sur la croissance des dépenses, notamment le recours à des nouvelles technologies; deuxièmement, le coût des nouveaux médicaments et troisièmement, l'évolution des attentes et des besoins des consommateurs.

Le Conference Board du Canada a également examiné les causes de l'augmentation du coût des soins de santé. Il a placé en tête de liste l'inflation, suivie du vieillissement de la population et de la hausse du coût des services. Il ne fait aucunement mention du coût des nouveaux médicaments. Nous sommes d'accord avec le diagnostic du Conference Board. À notre avis, la croissance des dépenses pour la santé est attribuable à deux réalités inéluctables. La première est le vieillissement de la population et la deuxième, qui est un sous-produit de la première, la croissance de la consommation des services de santé pour le traitement de maladies reliées au vieillissement. Le résultat inévitable de ces deux réalités est que le coût des médicaments croît plus rapidement que les autres éléments du budget de la santé.

Permettez-moi de vous citer quelques autres réalités concernant le coût des médicaments. C'est la demande et non pas le coût des nouveaux médicaments qui est en hausse. Le dernier rapport du Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés confirme qu'en 2000, le prix des médicaments brevetés n'a augmenté que de 0.4 p. 100 en moyenne, c'est-à-dire bien en dessous de 1 p. 100, tandis que la quantité de médicaments vendus s'est accrue de 16.2 p. 100. Il y a eu une progression spectaculaire du volume des ventes, mais les prix n'ont pratiquement pas bougé. Le problème est dû non pas à la hausse des prix, mais à l'augmentation des besoins.

La croissance du volume et des ventes vient du fait que les Canadiens veulent avoir accès à davantage de services, de nouveaux médicaments et d'interventions médicales. Les Canadiens ont raison de vouloir les traitements les plus nouveaux et les plus efficaces disponibles. Au lieu de chercher à réduire le coût de ces innovations qui peuvent améliorer ou sauver la vie des gens, peut-être devrions-nous plutôt chercher des moyens de les rendre plus accessibles. Cela se ramène, en fait, à une question d'accès plutôt qu'une question de coût.



Another reality is that we are spending more on drugs because so many treatments are extremely effective. New medicines are doing a remarkable job of preventing, treating and curing diseases, improving quality of life, controlling pain and suffering, and saving lives. It is hardly surprising that we spend more and more on drugs.

The pharmaceutical industry introduced 331 new drugs in Canada over the past twelve years. Many of these drug therapies have proven to be a most effective way of treating such diseases as cancer, diabetes and HIV/AIDS. In fact, since 1995, new drug therapies have played a key role in reducing the number of deaths from HIV/AIDS by 75 per cent. They have also had a profound impact on other areas of the health care system including hospitalizations. We believe the results justify the expense. This is the kind of investment in health care that pays dividends. We should encourage more of it, not less.

The price of medicine is one factor but not the only factor that accounts for total spending on drugs. Drug spending is also affected by the prescribing habits of physicians, by the increasing use of drug therapy to replace other treatments such as surgery, and by the shift from in-patient hospital procedures to outpatient and community-based drug therapy.

This leads me to my next point. Drug therapies can help people stay out of hospitals or long-term care facilities and offer substantial savings to the health care system.

In 1978, surgery for ulcers was common and surgical treatment for a serious ulcer problem could cost as much as \$28,000. When was the last time you heard of people having ulcer surgery? You probably have not because, 20 years later, pharmaceutical innovation has made ulcer therapy virtually obsolete. It now costs less than \$200 per year in prescription drug costs to treat a condition that used to cost tens of thousands of dollars to treat with surgery. Anyone who thinks drugs are expensive should remember the alternatives are often more expensive.

Let us recognize that, even at current rates of double digit growth, drug expenditures represent a fraction of spending in the health care system overall. Drugs represent only 15 per cent of overall health care expenditures of \$95 billion and the \$4.9 billion in prescription drugs paid for by governments accounts for just over 5 per cent of total health care expenditures.

Compared to other industrialized nations, drug spending in Canada is among the lowest. Canadian drug spending as a proportion of overall health care spending is among the lowest for G7 countries. Canadian prices are also below average compared to those in other industrialized nations. Drug prices here have increased at a rate of less than 1 per cent annually since 1988.

Une autre réalité est que nous consacrons davantage d'argent aux médicaments parce qu'il y a beaucoup de traitements qui se révèlent extrêmement efficaces. Les nouveaux médicaments parviennent de façon remarquable à prévenir, traiter et guérir les maladies, améliorer la qualité de vie des gens, à atténuer la douleur et la souffrance et à sauver des vies. Il n'est pas étonnant que nous dépensions de plus en plus d'argent pour les médicaments.

L'industrie pharmaceutique a mis en marché au Canada 331 nouveaux médicaments au cours des 12 dernières années. Un bon nombre d'entre eux se sont révélés très efficaces pour traiter des maladies comme le cancer, le diabète et le VIH-sida. En fait, depuis 1995, ces nouvelles thérapies ont joué un rôle clé en réduisant de 75 p. 100 le nombre de décès causés par le VIH-sida. Elles ont également eu de profondes répercussions sur d'autres secteurs du système de soins de santé, notamment sur le nombre d'hospitalisations. Nous croyons que les résultats justifient cette dépense. C'est un investissement rentable dans la santé. Il faudrait chercher à l'augmenter au lieu de vouloir le réduire.

Le prix des médicaments est un facteur, mais pas le seul qui contribue au coût total des médicaments. Ce coût dépend également des habitudes de prescription des médecins, du recours accru à la pharmacothérapie pour remplacer d'autres traitements tels que la chirurgie et de la préférence accordée maintenant au traitement médicamenteux externe plutôt qu'à l'hospitalisation.

Cela m'amène à l'argument suivant. La pharmacothérapie peut aider les gens à rester en dehors des hôpitaux ou des établissements de soins de longue durée et permettre au système de soins de santé de réaliser des économies importantes.

En 1978, on opérait couramment les ulcères et le traitement chirurgical d'un ulcère grave pouvait coûter 28 000 \$. Quand avez-vous entendu parler pour la dernière fois de ce genre d'intervention? Probablement jamais, parce que 20 ans plus tard, de nouveaux médicaments ont rendu cette chirurgie pratiquement désuète. Il coûte maintenant moins de 200 \$ par an en médicaments pour traiter une affection dont le traitement chirurgical coûtait avant des dizaines de milliers de dollars. Tous ceux qui pensent que les médicaments coûtent cher ne doivent pas oublier que les autres solutions sont souvent plus coûteuses.

Il faut reconnaître que, même s'il augmente rapidement, le coût des médicaments ne représente qu'une fraction de l'ensemble des dépenses du système de soins de santé. Les médicaments n'absorbent que 15 p. 100 d'une dépense totale de 95 milliards de dollars et les 4,9 milliards de dollars en médicaments délivrés sur ordonnance que paie le gouvernement ne représentent qu'un peu plus de 5 p. 100 des dépenses totales au chapitre de la santé.

Le Canada est l'un des pays industrialisés qui consacre le moins d'argent aux médicaments. Le coût des médicaments par rapport aux dépenses totales pour la santé est l'un des plus bas des pays du G-7. Les prix canadiens sont également inférieurs à la moyenne par rapport aux autres pays industrialisés. Au Canada, le prix des médicaments a augmenté de moins de 1 p. 100 par an depuis 1988.

In 1999, the PMPRB price indices show that American prices for patented drugs were 62 per cent higher than Canadian brand name pharmaceutical products. Interestingly, a study comparing the prices of top selling generic drugs in Canada to American prices in 2000 found that generic drug prices in Canada were 33 per cent higher on average. I leave it to this committee to determine why that should be the case.

There is a perception among policymakers that me-too drugs are more expensive and not necessarily more effective than the innovative drugs they are copying. We can look at three major categories of drugs: Antidepressants, antihypertensives and cholesterol lowering medications. In all three categories, which are the primary drivers of drug plan costs, the next entries into the market were actually cheaper than the first product and provided significantly more, or in some cases, additional clinical benefit.

As such, increasingly restrictive drug plan policies will not necessarily win the war on costs. Papers have clearly demonstrated that by restrictions on drug plans, we see a shift in other health care costs. Those include physician services, hospitals and emergency room visits.

In fact, in many countries drug policies have changed dramatically based on the German experience where they introduced restrictive limits on drug costs. The initial feedback was a savings of 25 per cent, however, extra hospital admissions and doctor referrals negated most of that saving. Norway did away with reference-based pricing in January 2001 as it cost more than the anticipated saving.

Innovative drug plan strategies can provide greater benefit, greater efficiency to the health care system than restrictive drug policies. As this committee's own research has observed, the number of hospital beds in Canada has been reduced over the years. Information on Saskatchewan and Manitoba is cited. This is because those people who would have occupied those beds simply did not disappear, they were able to be treated in the community with drug therapies.

Our own company, since 1994, has taken a leading role in establishing community asthma centres in hospitals across Canada. This has resulted in decreased hospital utilization for asthma, improved asthma treatment supporting the physician's ability to coach and manage the patient and including other health care professionals in managing patients. The net effect is that they are working. The Canadian Institute for Health Information has released data showing that the number of asthma hospitalizations for all age groups has dropped by 30 per cent over the last five years.

Drugs are not the problem. They are part of the solution. They represent one of the most efficient means of delivering health, wellness and improved quality of life to Canadians. We urge this committee, the government and the policymakers to use the

L'indice des prix du CEPMB montre qu'en 1999, le prix des médicaments brevetés coûtait 62 p. 100 plus cher aux États-Unis qu'au Canada. Une étude réalisée en 2000 qui comparait le prix des principaux médicaments génériques vendus au Canada avec les prix américains a permis de constater qu'au Canada les médicaments génériques coûtaient 33 p. 100 plus cher en moyenne. Je laisse à votre comité le soin de déterminer quelle en est la raison.

Les décideurs politiques ont l'impression que les succédanés sont plus coûteux et pas nécessairement plus efficaces que les médicaments qu'ils copient. Il y a trois grandes catégories de médicaments: les antidépresseurs, les hypotenseurs et les hypocholestérolémians. Pour ces trois catégories de médicaments qui représentent la majeure partie des coûts des régimes d'assurance-médicaments, les nouvelles versions sont moins chères que le médicament original et elles ont de meilleurs effets cliniques.

Une politique de plus en plus restrictive à l'égard de l'assurance-médicaments ne permettra donc pas nécessairement d'abaisser les coûts. Des études ont clairement démontré que lorsque les régimes d'assurance-médicaments font l'objet de restrictions, le coût des autres soins de santé augmente. Il s'agit notamment des services de médecins, des hôpitaux et des visites aux salles d'urgence.

En fait, de nombreux pays ont modifié radicalement leur politique à l'égard des médicaments suite à l'expérience faite en Allemagne où l'on avait imposé des limites sur le coût des médicaments. Cela s'était traduit, au départ, par une économie de 25 p. 100, mais l'augmentation du nombre d'hospitalisations et de visites chez le médecin a annulé la majeure partie de cette économie. La Norvège a renoncé à ses prix de référence en janvier 2001, car cela coûtait plus cher que l'économie qu'on prévoyait.

Les politiques novatrices à l'égard de l'assurance-médicaments peuvent être plus avantageuses et plus efficaces pour le système des soins de santé que les politiques restrictives. Comme vos propres recherches l'ont démontré, le nombre de lits d'hôpitaux a diminué au cours des années au Canada. Vous avez cité des données concernant la Saskatchewan et le Manitoba. Ce n'est pas que les personnes qui auraient occupé ces lits ont disparu, mais plutôt qu'elles ont pu être soignées chez elles grâce à des médicaments.

Depuis 1994, notre propre compagnie a joué un rôle de premier plan dans l'établissement de centres communautaires de soins aux asthmatiques dans les hôpitaux des quatre coins du pays. Cela a diminué le nombre d'hospitalisation en plus d'améliorer le traitement de l'asthme qui permet aux médecins et aux autres professionnels de la santé de gérer ces patients. Cela a eu un effet positif. L'Institut canadien d'information sur la santé a publié des données montrant que le nombre d'hospitalisations a baissé de 30 p. 100 au cours des cinq dernières années pour les asthmatiques de tous les groupes d'âge.

Les médicaments ne sont pas la cause du problème. Ils font partie de la solution. Ils représentent l'un des moyens les plus efficaces d'apporter la santé, le bien-être et une meilleure qualité de vie aux Canadiens. Nous exhortons votre comité, le gouverne-



advances in drug treatments constructively, to help reform the system, to achieve greater efficiency and manage costs by reducing reliance on acute care services.

**Mr. Ron Elliott, President, Canadian Pharmacists Association:** Mr. Chairman, thank you for the opportunity to make this presentation to this committee.

I am a community pharmacist from St. Thomas, Ontario. The Canadian Pharmacists Association is the national, professional, voluntary association providing leadership to pharmacists in all areas of practice. Our members are active in community and hospital pharmacies, long-term care facilities, home care, academia and industry.

CPhA welcomes the opportunity to comment on your volume 4, the "Issues and Options" report. We applaud the breadth and scope of the analysis of the report and note that the committee has raised a myriad of important issues that generate questions, foster debate and challenge us all to think outside of the box.

For today's discussion I will limit my remarks to a few of the issues that are directly within the knowledge and experience of the CPhA and pharmacists.

We support the report's analysis on the roles and responsibilities of primary health care providers, and the need to change the current system. We also support and applaud the degree of detail undertaken on the issues surrounding prescription drugs. As the experts on prescription drugs in the health care system, I will devote the majority of my time to that issue.

CPhA strongly supports the need for reform of the current hierarchy of health care professionals. We believe that scopes of practice need to change in order to improve effectiveness and efficiency. This in turn will provide better access to health care services for Canadians and increase cost effectiveness for the system.

As the committee noted in the "Issues and Options" report, you believe that primary care reform is one of the most critical steps that needs to be taken in order to modernize Canada's Health Care System. Honourable senators, we concur.

As you know, the system has built-in barriers to change that discourage innovation and discourage the best use of health care professionals' time. As a pharmacist, I have the skills and the abilities to do a lot more, but I cannot. You note that physicians are the gatekeepers of the system, and that is true. The perpetuation of that problem is partly to do with the manner in which physicians are paid and not physicians themselves.

Physicians are the key to the health care system now, and they must continue to be the key if we are to change the system, both for the sustainability of the system and because it makes sense.

ment et les décideurs politiques à se servir de façon constructive des progrès de la pharmacothérapie de façon à réformer le système, à le rendre plus efficace et à gérer ses coûts en réduisant l'utilisation des services de soins aigus.

**M. Ron Elliott, président, Association des pharmaciens du Canada:** Monsieur le président, je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant le comité.

Je suis un pharmacien communautaire de St. Thomas, en Ontario. L'Association des pharmaciens du Canada est l'association professionnelle nationale qui guide bénévolement les pharmaciens dans tous les domaines de la profession. Nos membres sont actifs dans les pharmacies communautaires et hospitalières, les établissements de soins de longue durée, le secteur des soins à domicile, le milieu universitaire et l'industrie.

Notre association se réjouit de pouvoir formuler des observations au sujet du volume 4 de votre rapport sur les «Questions et options». Nous applaudissons la portée de l'analyse contenue dans ce rapport et nous remarquons que le comité y a soulevé toute une série de questions importantes qui suscitent la réflexion et la discussion, et qui nous amènent tous à élargir notre façon de voir les choses.

Pour la discussion d'aujourd'hui, j'aborderai seulement quelques-unes des questions qui se rapportent directement aux connaissances et à l'expérience de notre association et des pharmaciens.

Nous approuvons votre analyse en ce qui concerne le rôle et les responsabilités des fournisseurs primaires de soins de santé ainsi que la nécessité de modifier le système actuel. Nous approuvons également la minutie avec laquelle vous avez étudié les questions concernant les médicaments délivrés sur ordonnance. En tant qu'expert des médicaments délivrés sur ordonnance, c'est à cette question que je consacrerai la majeure partie de mon temps.

Notre association appuie énergiquement la nécessité d'une réforme de la hiérarchie actuelle des professionnels de la santé. Nous croyons qu'il faut modifier le champ de leurs professions de façon à améliorer l'efficacité. Cela permettrait également de donner aux Canadiens un meilleur accès aux services de santé, tout en augmentant la rentabilité du système.

Comme vous l'avez souligné dans votre rapport intitulé «Questions et options», vous croyez que la réforme des soins primaires est l'une des mesures les plus essentielles à prendre pour moderniser le système de soins de santé du Canada. Honorables sénateurs, nous sommes d'accord avec vous.

Comme vous le savez, le système comporte des obstacles au changement qui nuisent à l'innovation et empêchent la meilleure utilisation possible du temps des professionnels de la santé. En tant que pharmacien, je possède des compétences et des connaissances qui me permettraient de faire beaucoup plus, mais je ne peux pas. Vous faites remarquer que les médecins sont les gardiens du système, et c'est vrai. La perpétuation de ce problème est due en partie à la façon dont les médecins sont rémunérés plutôt qu'aux médecins comme tels.

Les médecins jouent un rôle clé dans le système de soins de santé et ils devront continuer à jouer ce rôle si nous modifions le système, tant pour assurer sa viabilité que parce que c'est tout

Focusing on incentives to bring about change is critical. However, beyond remuneration schemes, rationalizing the roles and responsibilities of health care providers according to their skills and abilities and to the needs of Canadians is paramount if the system is to evolve.

From a pharmacist's perspective, let me tell you who pharmacists are and some of the things that we can bring about to save physicians' time, improve patient access and ultimately bring about cost savings. Pharmacists are recognized as the drug experts of the health care system. We are extremely accessible from coast-to-coast, well respected and trusted by Canadians. Increased drug costs weigh heavily on the health care system, and logic would dictate that pharmacists should be able to expand their scopes of practice to help improve things. An example would be to permit pharmacists to initiate and modify drug therapies in collaboration with physicians and according to established protocols. Another example would be to allow pharmacists to take blood and give vaccinations.

Senators, do you not find it strange, when I am teaching someone how to use a blood-glucose meter in my store, I cannot draw blood from their fingers to show them how to use the meter correctly? However, that same person can go down the street and have their ears pierced or get a tattoo. It does not make sense. Pharmacists can do so much more to promote wellness and illness prevention through smoking cessation counselling, asthma and diabetes education and monitoring, to name just a few.

We need more in your final report on the expanded role of pharmacy practice. In order to expand this role in the health care system, we recommend that Health Canada fund pilot projects on primary health care reform that feature new practice models for pharmacists with new methods of reimbursement.

Another issue related to primary health care reform and pharmacists wanting to do more is the problem of human resources. Pharmacists, like physicians, nurses and other health care professionals, are facing a shortage. We estimate that we are short 1,500 full-time pharmacists in our country. The problem is particularly acute in hospital and rural settings. We recognize and applaud the announcement by HRDC on studies relating to physicians and nurses.

We reiterate that the federal role is crucial in supporting human resource planning and policy initiatives. We would particularly encourage the development of mechanisms to support changes to scopes of practice of health care providers to ensure the skills possessed can be used to the benefit of both the public and the health care profession.

simplement logique. Il est essentiel de mettre l'accent sur les 20 citations à changer les choses. Toutefois, en plus de modifier le mode de rémunération, il est indispensable de rationaliser les rôles et les responsabilités des fournisseurs de soins de santé en fonction de leurs compétences et de leurs connaissances de même que des besoins des Canadiens si l'on veut que le système évolue.

Du point de vue des pharmaciens, permettez-moi de vous dire qui sont les pharmaciens et certaines des choses qu'ils pourraient faire pour économiser le temps des médecins, améliorer l'accès des patients aux services de santé et finalement, réduire les dépenses. Les pharmaciens sont reconnus comme les experts des médicaments dans le système de soins de santé. Nous sommes extrêmement accessibles d'un bout à l'autre du pays et les Canadiens nous respectent et nous font confiance. L'augmentation du coût des médicaments est un lourd fardeau pour le système de soins de santé et il serait logique que les pharmaciens élargissent le champ de leurs activités pour améliorer les choses. Par exemple, les pharmaciens pourraient être autorisés à commencer et modifier les thérapies médicamenteuses en collaboration avec les médecins et selon les protocoles établis. Ou encore, ils pourraient être autorisés à faire des prises de sang et à administrer des vaccins.

Sénateurs, ne trouvez-vous pas étrange qu'alors que je montre à un client, dans mon magasin, comment utiliser un appareil pour mesurer la glycémie, je ne peux pas lui prélever un peu de sang au bout du doigt pour lui montrer comment se servir de l'appareil correctement? Cette personne peut toutefois aller, quelques boutiques plus loin, se faire percer les oreilles ou se faire tatouer. C'est ridicule. Les pharmaciens peuvent faire beaucoup plus pour promouvoir le bien-être et prévenir les maladies en donnant des conseils pour cesser de fumer, en enseignant et suivant les patients qui font de l'asthme ou du diabète, pour ne citer que quelques exemples.

Votre rapport final devrait en dire plus sur l'élargissement du rôle du pharmacien. Pour élargir ce rôle, nous suggérons que Santé Canada finance des projets pilotes sur la réforme des soins de santé primaires qui proposeront de nouveaux modèles de pratique pour les pharmaciens ainsi que de nouvelles méthodes de remboursement.

Un autre problème relié à la réforme des soins de santé primaires et l'élargissement du rôle des pharmaciens est celui des ressources humaines. Comme pour les médecins, les infirmières et les autres professionnels de la santé, il y a une pénurie de pharmaciens. Selon nos estimations, il manque 1 500 pharmaciens à plein temps au Canada. Le problème est particulièrement grave dans les hôpitaux et en milieu rural. Nous félicitons DRHC d'avoir annoncé des études portant sur les médecins et les infirmières.

Nous répétons que le gouvernement fédéral a un rôle crucial à jouer en soutenant les initiatives de planification des ressources humaines. Nous serions surtout pour l'élaboration de mécanismes visant à modifier le champ d'activité des fournisseurs de soins de santé pour que les compétences de ces derniers puissent être mises au service du public et de la profession médicale.



Before going directly to the issues in chapter 8 of your "Issues and Options" report, let me state that CPhA shares the committee's concerns about escalating costs and the need to get better value for money in the store. There is enormous waste. There is also an enormous set of problems that we must deal with, and I will give you just a few examples.

Some of the newly introduced drugs allow patients to stay out of hospital and offer them improved living conditions, but those drugs are not covered by the drug plans across the country. Since many people cannot afford them, they decide not to go with them.

There is extraordinary waste in the system because of inappropriate prescribing, poor compliance and failure to monitor outcomes. Every day in my pharmacy I see the over-prescribing of antibiotics and limited or no follow-up to determine how well the medication worked.

We all recognize that smoking cessation is a credible goal within the country. Last night in my pharmacy a fellow walked away from the prescription counter because he said he could not afford the smoking cessation program. How he makes his own decisions is his business, but I cannot help him go through the smoking cessation program if he cannot afford to buy the products.

A burden is placed on pharmacists and physicians who administer cost-saving measures such as therapeutic substitution for which they get no reimbursement.

**The Chairman:** Mr. Elliott, rather than have you read the next three pages, would you make a brief comment on each of the items? In that way we will be able to move on to questions.

**Mr. Elliott:** We should like to introduce the concept of a national drug use management centre to develop policy and implement programs.

We urge caution on the issue of bulk buying of drugs. I visited New Zealand just a few weeks ago where they are experiencing bulk buying of drugs nationally. In their practice settings, patients' medications are changed routinely because of the availability of a particular contract. It is not focused on patient care. It is focused on what is available. If the product is no longer available, pharmacists have no option to use another product.

As to the advertising of prescription drugs, the CPhA is a long-time proponent of the consumer's right to comprehensive, unbiased and accessible information. However, we are concerned about direct consumer advertising. We have anecdotal information that suggests that patients assimilate information from advertisements, make their own diagnoses and then go to the physician demanding a particular drug.

Avant d'aborder directement les questions soulevées au chapitre 8 de votre rapport, permettez-moi de dire que nous partageons vos préoccupations concernant l'escalade des coûts et la nécessité d'en obtenir plus pour son argent. Il y a énormément de gaspillage. Il y a aussi énormément de problèmes à résoudre et je vous en citerai seulement quelques exemples.

Certains des nouveaux médicaments permettent aux patients d'éviter l'hospitalisation et améliorent leurs conditions de vie, mais ils ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-médicaments de tout le pays. Comme beaucoup de gens n'ont pas les moyens de les payer, ils décident de s'en passer.

Il y a énormément de gaspillage parce que les médicaments sont mal prescrits ou mal pris et parce que les résultats ne sont pas surveillés. Je constate quotidiennement dans ma pharmacie une prescription excessive d'antibiotique et pratiquement aucun suivi qui permettrait de vérifier si le médicament a été efficace.

Nous reconnaissons tous que la lutte contre le tabagisme est un objectif crédible au Canada. Hier soir, un homme a quitté ma pharmacie en disant qu'il n'avait pas les moyens de payer le médicament qui lui permettrait de cesser de fumer. C'est à lui de décider, mais je ne peux pas l'aider à suivre le programme de cessation du tabagisme s'il n'a pas les moyens d'acheter les produits.

Cela impose un fardeau aux pharmaciens et aux médecins qui administrent des mesures visant à économiser, par exemple en remplaçant des médicaments par d'autres produits qui ne sont pas remboursés.

**Le président:** Monsieur Elliott, au lieu de lire les trois pages suivantes, pourriez-vous les résumer brièvement? Cela nous permettra de passer aux questions.

**M. Elliott:** Nous voudrions qu'on mette en place un centre national de gestion de l'usage des médicaments qui serait chargé de l'élaboration des politiques et de la mise en oeuvre des programmes.

Nous vous exhortons à la prudence en ce qui concerne l'achat en vrac de médicaments. Il y a quelques semaines, je suis allé en Nouvelle-Zélande où l'on expérimente un programme d'achat en vrac de médicaments à l'échelle nationale. Les pharmaciens changent couramment la médication prescrite aux patients en fonction de la disponibilité des produits. Le programme n'est pas centré sur les soins aux patients, mais sur la disponibilité. Si le produit n'est plus disponible, les pharmaciens n'ont d'autre choix que de donner un autre produit.

Pour ce qui est de la publicité pour les médicaments délivrés sur ordonnance, notre association défend depuis longtemps le droit du consommateur à obtenir une information complète, objective et accessible. Nous nous préoccupons toutefois de la publicité qui s'adresse directement aux consommateurs. Nous avons des données anecdotiques qui laissent entendre que les patients assimilent l'information donnée par la publicité, qu'ils font leur propre diagnostic et qu'ils vont ensuite demander au médecin le médicament dont ils ont entendu parler.

Mr. Chairman, it is important to look at the number of Canadians covered under drug plans. We dispute the figures presented in "Issues and Options" that indicate that 97 per cent of Canadians enjoy some form of prescription drug coverage. Our numbers through CIHI would suggest it is closer to 74 per cent. However, our experience indicates that, although a person may be covered by a plan, the plan may not cover a specific drug and is needed to treat a particular illness.

I will leave with the committee our detailed study on pharmacare. If honourable senators do not have copies, we will provide those for you.

We see four cornerstones for a national pharmacare program and we would emphasize that, to succeed, all four cornerstones need to be in place. Those are: establishing guiding goals and principles; involving key stakeholders; without question there must be government leadership; and funding and implementing the plan in phases so that we can provide health care to Canadians at a reasonable cost.

I would thank the committee for the leadership you have shown in your work in health care and in particular, with "Issues and Options." Tough issues are raised by committee members, and you have a right to raise those issues. As costs rise, we know that important decisions must be taken. We would like, as pharmacists and the CphA, to be part of the solution. I will be delighted to answer your questions later, Mr. Chairman.

**The Chairman:** Ms Jane Farnham will be speaking for Mr. Larry Latowsky who is the president of the Drug Trading Company Limited. Ms Farnham is Vice-President, Pharmacy. Since Larry has laryngitis, Jane will make the presentation.

**Ms Jane Farnham, Vice-President, Pharmacy, Drug Trading Company Limited:** Mr. Chairman and honourable senators, we appreciate the opportunity to make a presentation to you today.

Drug Trading is a 100 per cent Canadian-owned retail pharmacy services organization that provides value-added buying, merchandising, marketing and logistics solutions to more than 1,450 independent pharmacies across Canada. Many of our member pharmacies are located in small towns and rural communities where they are the only pharmacy.

Our company operates the familiar IDA, Guardian, RX Central, and Community Drug Mart retail pharmacy banners. One in six Canadians fills a prescription at a Drug Trading network pharmacy. In 1999, DT members filled over 41 million prescriptions, more than any other drugstore organization in Canada, totalling approximately \$3 billion in retail sales.

Through our subsidiary, ProPharm Limited, Drug Trading is also the largest supplier of computerized pharmacy systems in

Monsieur le président, il est important de tenir compte du nombre de Canadiens couverts par un régime d'assurance-médicaments. Nous contestons les chiffres présentés dans «Questions et options» selon lesquels 97 p. 100 des Canadiens bénéficient d'une forme quelconque d'assurance-médicaments. D'après les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé, ce serait plutôt 74 p. 100. Toutefois, d'après notre expérience, même si une personne est couverte par un régime d'assurance, celui-ci ne couvre pas nécessairement le médicament dont elle a besoin pour soigner une maladie.

Je vais vous remettre notre étude détaillée sur l'assurance-médicaments. Si les honorables sénateurs n'en ont pas reçu copie, nous la leur fournissons.

Un programme national d'assurance-médicaments reposerait sur quatre piliers et pour être efficace, il faut que ces quatre piliers soient en place: il s'agit d'établir des objectifs et des principes directeurs, de faire participer les principales parties prenantes, il faut sans aucun doute que le gouvernement apporte son leadership et il faut également que le financement et la mise en oeuvre de ce régime se fassent en plusieurs phases afin que l'on puisse fournir des soins de santé aux Canadiens à un coût raisonnable.

Je remercie le comité pour le leadership dont il a fait preuve dans son travail et surtout dans son étude des «Questions et options». Vous avez soulevé des questions difficiles que vous êtes parfaitement en droit de soulever. Avec l'augmentation des coûts, nous savons que des décisions importantes doivent être prises. En tant que pharmaciens et membres de l'Association des pharmaciens du Canada, nous voudrions contribuer à la solution. Je me ferai un plaisir de répondre plus tard à vos questions, monsieur le président.

**Le président:** Mme Jane Farnham parlera au nom de M. Larry Latowsky, le président de Drug Trading Company Limited. Mme Farnham en est la vice-présidente, Pharmacie. Comme Larry souffre d'une laryngite, c'est Jane qui prendra la parole.

**Mme Jane Farnham, vice-présidente, Pharmacie, Drug Trading Company Limited:** Monsieur le président et honorables sénateurs, nous apprécions votre invitation à prendre la parole devant vous aujourd'hui.

Drug Trading est une organisation de services de pharmacie au détail, entièrement canadienne, qui offre des solutions à plus de 1 450 pharmacies indépendantes du pays sur le plan des achats à valeur ajoutée, du merchandising, du marketing et de la logistique. Un grand nombre des pharmacies membres de notre organisation sont situées dans des petites villes et des localités rurales où elles sont la seule pharmacie.

Notre compagnie exploite les réseaux de pharmacies bien connus IDA, Guardian, RX Central et Community Drug Mart. Un Canadien sur six fait exécuter son ordonnance dans une pharmacie de notre réseau. En 1999, nos membres ont exécuté plus de 41 millions d'ordonnances, plus que tout autre réseau de pharmacies du Canada, ce qui représentait des ventes au détail d'une valeur d'environ 3 milliards de dollars.

Par l'entremise de notre filiale, ProPharm Limited, nous sommes également le plus grand fournisseur de systèmes de



Canada with installations at more than 1,000 participating pharmacies.

We directly employ more than 180 men and women with expertise in pharmacy, customer service, retail marketing and operations, technology and software development. Approximately 20,000 men and women work in our member pharmacies across the country.

In December 2000, Drug Trading was named one of the 50 best-managed private companies in Canada.

We share the concerns of Canadians, their governments, and this committee around access to quality health care services, the sustainability of our health care system and health promotion and wellness. We believe that we are an important part of the solution in keeping our health care system affordable and capable of delivering effective, quality care to Canadians.

The basis of our submission is that the professional expertise of pharmacists is dramatically under-utilized in the delivery of health care services in Canada. This has been recognized for many years. For example, the Lowy pharmaceutical inquiry of Ontario in 1990 noted that: Pharmacists are not meeting their full potential of members of the health team whose objective it is to ensure optimum drug therapy. We believe that ways must be found for pharmacists to provide more comprehensive patient-oriented services.

As small business owner-operators, Drug Trading Company member pharmacists lead the way in developing innovative approaches to patient care. We are both willing and eager to participate with governments in exploring ways to improve patient care and control systemic costs.

Our submission outlines a number of significant opportunities for action by Canadian governments to improve the health of Canadians and the effectiveness of health care service delivery. These opportunities are real and immediate, and they represent little or no new cost to government. At the same time, they will reduce inefficiencies and remove duplication and other forms of waste from the system. In fact, these initiatives offer federal and provincial governments unprecedented opportunities to drive costs from the health care system, dollars that can be used to offset increases in drug costs that arise from new health care technologies and an aging population.

Our recommendation is to focus on better use of the professional expertise of pharmacists. They are a roadmap to a stronger, better and more efficient system of delivering patient care and improving health outcomes across our society.

Drug Trading is excited by the opportunities represented by these initiatives. They are supported by the experience of our member pharmacists and by independent studies. We are frustrated at the slow pace at which federal and provincial

pharmacies are computerized in Canada, with installations in more than 1,000 participating pharmacies.

Nous employons directement plus de 180 hommes et femmes spécialisés en pharmacie, en service à la clientèle, en vente au détail, en technologie et en conception de logiciels. Environ 20 000 hommes et femmes travaillent dans nos pharmacies membres de tout le pays.

En décembre 2000, Drug Trading a été désignée comme l'une des 50 entreprises privées les mieux gérées du Canada.

Nous partageons les préoccupations que les Canadiens, leurs gouvernements et le comité éprouvent en ce qui concerne l'accès à des services de santé de qualité, la viabilité de notre système de soins de santé ainsi que la promotion de la santé et du bien-être. Nous croyons que nous constituons un élément important de la solution qui permettra de conserver un système de soins de santé abordable et capable d'offrir des soins efficaces et de qualité aux Canadiens.

Nous faisons valoir que les compétences professionnelles des pharmaciens sont extrêmement sous-utilisées pour la prestation des services de santé au Canada. Ce constat a été fait il y a déjà longtemps. Par exemple, en Ontario, la Commission d'enquête Lowy sur l'industrie pharmaceutique faisait valoir, en 1990, qu'on n'utilise pas le plein potentiel des pharmaciens en tant que membres de l'équipe de santé dont le but est d'assurer un traitement optimal. Nous croyons qu'il faut trouver des moyens de permettre aux pharmaciens de fournir des services plus complets aux patients.

En tant que propriétaires-exploitants de petites entreprises, les pharmaciens membres de Drug Trading Company adoptent des façons novatrices de prendre soin des patients. Nous sommes prêts à aider le gouvernement à explorer des façons d'améliorer les soins aux patients et de limiter les coûts du système.

Dans notre mémoire, nous décrivons plusieurs mesures importantes que les gouvernements du Canada pourraient prendre pour améliorer la santé des Canadiens et l'efficacité de la prestation des services. Ce sont des possibilités réelles et immédiates qui ne représentent pratiquement pas de dépenses supplémentaires pour le gouvernement. En même temps, elles réduiront les inefficacités dans le système et en élimineront les doublons et autres formes de gaspillage. En fait, ces initiatives offrent au gouvernement fédéral et aux provinces des occasions sans précédent de réduire les coûts du système de santé et de pouvoir utiliser cet argent pour compenser la hausse du coût des médicaments qui résulte de l'emploi de nouvelles technologies et du vieillissement de la population.

Nous recommandons que l'on cherche à faire un meilleur usage des compétences professionnelles des pharmaciens. Ils permettront de mettre en place un système plus solide, meilleur et plus efficace pour dispenser des soins aux patients et améliorer la santé des Canadiens des diverses couches de la société.

Drug Trading est enthousiasmée par les débouchés que représentent ces initiatives. Elles s'appuient sur l'expérience de nos membres et des études indépendantes. Nous sommes découragés par la lenteur avec laquelle les autorités fédérales et

governments are moving to consider their results and applicability to a large number of Canadian health care consumers.

Recent discussions among first ministers have focused on institutional rearrangements like a national formulary, a national drug-purchasing agency, and so on. While these are important, our submission goes behind existing practice relationships and recommends changes that will alter existing cost structures and, by better utilizing the professional expertise of pharmacists, make our health system more effective and more sustainable.

Our submission recommends immediate action by Canadian federal and provincial governments in six areas: We recommend that there be limited prescribing authority to remove duplication and waste and relieve workload pressures on over-burdened physicians. We recommend that pharmacists be given authority to authorize drug refills within established protocols, to prescribe, manage and treat patients for self-limiting conditions and to prescribe supplies for people with diabetes.

With respect to lowest-cost therapeutic alternative policies, to ensure that patients receive the most cost-effective drug product within the same therapeutic class, we believe an important driver of drug costs is preference-switching by prescribers from an established drug to a newer drug within the same therapeutic class that may be more expensive but not necessarily better. Canadian hospitals have engaged in these practice for many years, effectively controlling costs without adversely impacting patient outcomes. We recommend that Canadian governments implement prescribing guidelines, based on protocols established collaboratively by pharmacists and physicians.

We believe it is important to counter waste with initiatives such as medication reviews conducted by pharmacists and trial prescription programs. We recommend adoption of these programs, many with demonstrated effectiveness, in all Canadian jurisdictions.

With respect to academic detailing to educate physicians so they can make better-informed choices about medication and select cost-effective options for patient drug therapy, we recommend the adoption of academic detailing programs to educate physicians in all Canadian jurisdictions.

As to disease management and wellness programs, to reduce system pressures on our health care system and improve health, well-being and productivity, we recommend that Canadian governments invest in disease management and wellness pilot programs that use pharmacists to effect better patient outcomes.

Finally, I will deal with patient medication compliance programs to reduce waste and unnecessary public and private insurance costs and improve patient outcomes. Seniors and people living with chronic disease conditions such as asthma represent a

provinciales examinent les résultats et la possibilité de les appliquer à un grand nombre de consommateurs de soins de santé.

Les récentes discussions entre les premiers ministres portaient principalement sur certains changements institutionnels tels que l'établissement d'un formulaire national, une agence nationale d'achat de médicaments, et cetera. Ce sont là des mesures importantes, mais notre mémoire va au-delà des relations professionnelles existantes et recommande des changements qui modifieront la structure actuelle des coûts et qui, en faisant une meilleure utilisation des compétences professionnelles des pharmaciens, rendront notre système de santé plus efficace et plus viable.

Nous recommandons au gouvernement fédéral et aux provinces d'agir immédiatement dans six domaines: Nous recommandons d'accorder aux pharmaciens l'autorisation de prescrire des médicaments dans certaines limites pour éliminer les dédoublements et le gaspillage et alléger le travail des médecins surchargés. Nous recommandons d'autoriser les pharmaciens à renouveler les ordonnances en respectant les protocoles établis, à prescrire, gérer et traiter les patients pour certaines conditions et à prescrire des fournitures médicales pour les diabétiques.

En ce qui concerne la politique de substitution de médicaments moins coûteux, pour s'assurer que les patients reçoivent le médicament le plus économique ayant les mêmes qualités thérapeutiques, nous croyons qu'un facteur important qui contribue à la hausse du coût des médicaments est la prescription d'une nouvelle version du même type de médicament qui peut être plus coûteuse, sans être nécessairement meilleure, et cela pour une simple question de préférence. Les hôpitaux canadiens agissent de ce côté-là depuis des années et réussissent ainsi à limiter les coûts sans conséquences négatives pour le patient. Nous recommandons aux gouvernements de mettre en place des lignes directrices pour la prescription de médicaments, à partir de protocoles établis conjointement par les pharmaciens et les médecins.

À notre avis, il est important d'éliminer le gaspillage grâce à des initiatives comme le contrôle de la médication par les pharmaciens et des programmes expérimentaux de prescription. Nous recommandons d'adopter ces programmes, dont la plupart ont démontré leur efficacité, sur l'ensemble du territoire canadien.

Pour permettre aux médecins de choisir les médicaments de façon plus éclairée et de choisir des options de traitement rentables pour les patients, nous recommandons de mettre en place des programmes de formation continue en pharmacothérapie pour tous les médecins canadiens.

À propos des programmes de gestion des maladies et de bien-être visant à réduire les pressions qui s'exercent sur notre système de soins de santé et d'améliorer la santé, le bien-être et la productivité des Canadiens, nous recommandons aux gouvernements d'investir dans des programmes pilotes qui feront appel aux pharmaciens pour l'amélioration de la santé et du bien-être des patients.

Enfin, je parlerai des programmes visant à s'assurer que les patients suivent bien la prescription dans le but de réduire le gaspillage et les dépenses inutiles pour les régimes d'assurance publics et privés, de même que pour améliorer la santé du patient.



tremendous opportunity for pharmacists to positively impact quality of life and outcomes and dramatically reduce system costs, costs that were estimated at \$7 billion to \$9 billion in Canada in 1995. We recommend that Canadian governments implement pharmacist-based medication compliance programs.

Details on each of these recommendations are provided in our submission, which also contains information on a number of important independent studies that support our recommendations.

Mr. Chairman and honourable senators, it is clear that Canadians are concerned about the sustainability of our health care system and eager for leadership that will preserve what is best in it while improving its ability to provide quality, affordable services to citizens when they need them. We thank the committee for the leadership it has shown in advancing discussion on the "Issues and Options" report.

We believe that we are part of the solution to the problems evident in the health care system in Canada. Our member pharmacists are willing and eager to work with governments to build on the knowledge we have gained. As this committee and the governments of Canada continue the task of identifying necessary changes, we urge you and them to work with us to seize these opportunities.

**The Chairman:** Mr. Mitchinson, my question to you is asked partly tongue in cheek. I notice that you commented on all of our proposals. You say that you do not like the idea of a national formulary. You do not like the concept of therapeutic substitution. However, since you did not comment negatively on our proposed continuation on the advertising ban, is it reasonable to assume that you are in favour of that?

**Mr. Mitchinson:** By way of correction, we commented negatively on therapeutic substitution because we do not believe it will work, and our submission goes into why. We did not comment specifically on the idea of a national formulary. Our criteria around any formulary, national or inter-provincial, are three-fold: One, that it create ready access to new technology; two, that physicians shall be the primary deciders of what patients will get; and three, that the selection of drugs must be relevant to the community it is trying to serve. The Quebec formulary may be an interesting model for this committee to consider because it meets all of those criteria. It has full access.

As for direct consumer advertising, the truth of the matter is, most Canadians can get access to reams of information on drugs of any nature or type, approved, unapproved, through the Internet. They see it on TV. They see it in magazines. We take no issue with allowing our industry to advertise our products in a responsible, regulated way.

Les personnes âgées et les malades chroniques tels que les asthmatiques représentent, pour les pharmaciens, une excellente occasion de contribuer à l'amélioration de la qualité de vie et de la santé des patients et de réduire énormément les coûts du système de santé, des coûts évalués entre 7 et 9 milliards de dollars en 1995. Nous recommandons aux gouvernements de mettre en oeuvre des programmes confiant aux pharmaciens la responsabilité d'assurer ce suivi.

Notre mémoire contient des précisions au sujet de chacune de ces recommandations de même que des renseignements sur plusieurs grandes études indépendantes sur lesquelles nos recommandations s'appuient.

Monsieur le président et honorables sénateurs, il ne fait aucun doute que les Canadiens se préoccupent de la viabilité de notre système de soins de santé et souhaitent que leurs gouvernements préservent les meilleurs éléments de ce système tout en lui permettant d'être mieux en mesure d'offrir aux citoyens des services de qualité et abordables lorsqu'ils en ont besoin. Nous remercions le comité pour l'initiative qu'il a prise en suscitant la discussion sur son rapport «Questions et options».

Nous croyons pouvoir contribuer à résoudre les problèmes que l'on constate dans le système de soins de santé du Canada. Nos pharmaciens sont prêts à coopérer avec le gouvernement en profitant des connaissances qu'ils ont acquises. Lorsque votre comité et les gouvernements du Canada continueront à examiner les changements nécessaires, nous vous exhortons à travailler avec nous pour exploiter ces possibilités.

**Le président:** Monsieur Mitchinson, je vous pose la question pour vous tester un peu. Je remarque que vous avez fait des commentaires au sujet de toutes nos propositions. Vous dites que l'idée d'un formulaire national ne vous plaît pas. Vous n'aimez pas non plus le concept de la substitution thérapeutique. Néanmoins, comme vous n'avez pas critiqué notre proposition concernant le maintien de l'interdiction frappant la publicité, pouvons-nous raisonnablement supposer que vous êtes pour?

**M. Mitchinson:** Je précise que nous avons fait des commentaires négatifs au sujet de la substitution thérapeutique parce que nous ne croyons pas que cela marchera et nous expliquons pourquoi dans notre mémoire. Nous n'avons pas fait d'observations précises en ce qui concerne un formulaire national. Pour tout formulaire, qu'il soit national ou interprovincial, nous préconisons trois critères: Premièrement, il doit permettre d'accéder facilement à la nouvelle technologie; deuxièmement, les médecins doivent décider en premier de ce que les patients recevront et, troisièmement, le choix des médicaments doit tenir compte de la collectivité desservie. Le comité pourrait peut-être examiner le formulaire du Québec étant donné qu'il remplit tous ces critères. Il permet un plein accès.

Pour ce qui est de la publicité s'adressant directement aux consommateurs, le fait est que la plupart des Canadiens peuvent obtenir, par Internet, des renseignements sur tout type de médicament, qu'il soit homologué ou non. Ils voient la publicité à la télévision et dans les magazines. Nous ne voyons pas d'objection à autoriser notre industrie à annoncer ses produits de façon raisonnable et réglementée.

**The Chairman:** Since they can get the information in all kinds of other ways, does it follow that, equally, you do not care whether they are allowed to advertise?

**Mr. Mitchinson:** No. We would like to be able to advertise.

**The Chairman:** I thought you would say that. I just wanted to be clear.

Mr. Elliott, you talked about a patient who came into your store last night who decided that he could not afford to start a smoking cessation program.

Ms Farnham, you talked about a 1995 study, which found that 50 per cent of prescription drug users are non-compliant by either not filling the prescription or by not taking their medicine as prescribed.

It would be helpful to the committee if you could give us, first, the number of people in Canada who are prescribed drugs and then do not take them because they cannot afford to; and secondly, the number of people who are prescribed drugs, buy them, and do not take them. Is the 1995 study to which you referred the best information that you have?

The committee is more than a little concerned about the fact that, clearly, medically necessary drugs are not available to a number of Canadians because of costs. I am not blaming the drug companies for that. Some people just do not have some form of paying for them. This committee wants to find some way of dealing with that problem.

To the extent that you have data on how serious the problem is, and to the extent that you have better data on the percentage of people who are covered by adequate drug plans, by province, if you could provide us with that material, that would be most helpful to the committee. Does that data exist?

**Mr. Elliott:** Mr. Chairman, yes, it does, but I do not have it at my fingertips. A number of studies have been done over the last few years. We will try to provide the committee with the data contained in those studies.

**Ms Farnham:** We have done a lot of work on medication compliance within our member pharmacies. I can provide the committee some information on some of the outcomes of these very recent programs.

**The Chairman:** That would be helpful. My guess is that the people who cannot afford these medications are older. However, I may be wrong because, in some provinces, once a person reaches the age of 65 prescription drugs are accessible. Perhaps this applies to the working poor.

I would also guess that the problem is more evident in rural and remote areas than it is in urban areas. However, I may be wrong in that.

**Le président:** Comme les consommateurs peuvent obtenir ces renseignements par toutes sortes d'autres moyens, cela veut-il dire que peu vous importe si les compagnies sont autorisées à faire cette publicité?

**M. Mitchinson:** Non. Nous voudrions pouvoir faire de la publicité.

**Le président:** C'est ce que je pensais. Je voulais seulement que ce soit clair.

Monsieur Elliott, vous avez parlé d'un patient qui est venu hier soir dans votre pharmacie et qui a estimé qu'il n'avait pas les moyens d'acheter des produits pour cesser de fumer.

Madame Farnham, vous avez parlé d'une étude réalisée en 1995 selon laquelle 50 p. 100 des consommateurs de médicaments délivrés sur ordonnance ne suivaient pas les prescriptions du médecin, soit parce qu'ils n'achetaient pas les médicaments, soit parce qu'ils ne prenaient pas leurs médicaments tel que prescrit.

Il nous serait utile que vous nous indiquiez, tout l'abord le nombre de personnes auxquelles les médecins canadiens prescrivent des médicaments, mais qui ne les prennent pas parce qu'elles n'ont pas les moyens de les payer et, deuxièmement, le nombre de personnes qui achètent les médicaments qu'on leur prescrit, mais qui ne les prennent pas. Est-ce que l'étude de 1995 dont vous avez parlé constitue la meilleure source d'information que vous ayez?

Le comité est très inquiet à l'idée qu'un certain nombre de Canadiens n'obtiennent pas les médicaments dont ils ont besoin à cause de leur coût. Je n'en fais pas reproche aux compagnies pharmaceutiques. Il se trouve simplement que certaines personnes n'ont pas les moyens de payer ces médicaments. Le comité voudrait trouver une solution à ce problème.

Si vous possédez des données sur la gravité du problème et des renseignements plus précis sur le pourcentage de gens qui sont couverts par des régimes d'assurance-médicaments adéquats, par province, ce sont des renseignements qui nous seraient très utiles. Ces données existent-elles?

**M. Elliott:** Oui, monsieur le président, mais je ne les ai pas sous la main. Plusieurs études ont été réalisées ces dernières années. Nous allons essayer de vous fournir les renseignements qu'elles contiennent.

**Mme Farnham:** Nos pharmacies ont fait beaucoup de travail pour voir si les patients prenaient bien leurs médicaments. Je pourrais fournir au comité certains renseignements sur les résultats de ces programmes très récents.

**Le président:** Cela nous serait utile. Je suppose que ceux qui n'ont pas les moyens de payer ces médicaments sont les personnes âgées. Mais je me trompe peut-être étant donné que, dans certaines provinces, dès qu'une personne atteint l'âge de 65 ans, elle a droit aux médicaments délivrés sur ordonnance. Le problème se pose peut-être pour les travailleurs à faible revenu.

Je suppose que cette situation est plus évidente dans les régions rurales et isolées que dans les villes. Mais je me trompe peut-être.



Whatever information you have in that regard that you could provide to our committee would be helpful.

**Senator Morin:** Mr. Mitchinson, how do we fair in relation to other G7 countries in terms of drug costs as a proportion of health care costs? If you have that information, you could send it to the clerk or to myself. People have the impression that we spend a lot on prescription costs. I do not think they realize how little we do spend on drugs in this country, but that amount is increasing. In relation to total spending, I believe that, compared to other G7 countries we are spending less.

In *The Globe and Mail* this morning I read that you spend \$100 million in research in this country. Could you tell us what type of research you are supporting and the place you occupy? I think you are in seventh place in private sector spending in Canada.

**Mr. Mitchinson:** First, we will provide you with that information you requested.

Second, as a company, we are in the top 20 research companies in the country. As an industry, about \$1 billion in R&D has come into Canada. The governments over the past twelve years are to be complemented for striking a very good deal, from a public policy point of view, with the pharmaceutical industry. There are price controls through the PMPRB. There is a guarantee that a percentage of our sales will go into research. That has created a \$1 billion research facility in Canada in our R&D companies alone.

These same companies have been the basis for venture capital in many cases around new start-ups in Canada's robust and growing technology community.

There has been a superb growing relationship where I think all parties have had access to new products.

Our research has started, typically, at the clinical trial level. A tremendous expertise has been developed in Canada. We are now backing up, and putting our research into pharmaceutical development. We hope to go into discovery research here in Canada. One of our colleague companies, Merck, has already made that shift. It does discovery research in Montreal.

It is a tremendous success story in terms of R&D in Canada and the relationship between government policy and encouraging that kind of development.

**Senator Morin:** Ms Farnham, I support most of your recommendations. Many of them are already in place in several provinces. Your recommendation is that they be extended throughout the country.

Your fourth recommendation surprises me somewhat. You recommend that all Canadian governments adopt therapeutic interchange policies in order that pharmacists can dispense the

Quels que soient les renseignements que vous possédez à cet égard et que vous pourriez nous fournir, il nous serait utile de les obtenir.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Mitchinson, où nous situons-nous par rapport aux autres pays du G-7 pour ce qui est de la proportion du budget de la santé qui est consacrée aux médicaments? Si vous avez ce renseignement, vous pourriez le faire parvenir au greffier ou à moi-même. Les gens ont l'impression que nous dépensons énormément pour les médicaments. Je ne pense pas qu'ils se rendent compte que nous dépensons très peu, mais que le coût des médicaments augmente. Je crois que nous dépensons moins que les autres pays du G-7 par rapport aux dépenses totales.

Dans le *Globe and Mail* de ce matin j'ai lu que vous consacrez 100 millions de dollars à la recherche au Canada. Pourriez-vous nous dire quel genre de recherche vous faites et quelle place vous occupez? Je crois que vous vous placez septième pour ce qui est des dépenses du secteur privé.

**M. Mitchinson:** Premièrement, nous allons vous fournir les renseignements que vous avez demandés.

Deuxièmement, nous nous situons dans les 20 premières compagnies qui font de la recherche au Canada. Notre industrie a fait pour environ 1 milliard de dollars de R-D au Canada. Les gouvernements méritent d'être félicités pour avoir conclu, depuis 12 ans, avec l'industrie pharmaceutique, un marché très avantageux du point de vue de la politique publique. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés exerce un contrôle sur les prix. Le gouvernement a la garantie qu'un certain pourcentage de notre chiffre d'affaires sera consacré à la recherche. Cela a permis de consacrer 1 milliard de dollars à la recherche rien que dans nos entreprises de R-D.

Dans de nombreux cas, ces mêmes compagnies ont été la source de capital-risque pour le lancement de nouvelles entreprises dans le secteur en plein essor de la technologie de pointe.

D'excellentes relations se sont développées et ont permis à tous les intéressés d'avoir accès à de nombreux produits.

Nos recherches ont commencé au niveau des essais cliniques. Nous sommes devenus très experts dans ce domaine au Canada. Nous transférons maintenant le résultat de nos recherches dans la mise au point de produits pharmaceutiques. Nous espérons nous lancer dans la recherche pour la découverte de nouveaux médicaments ici, au Canada. Un de nos homologues, Merck, a déjà fait cette transition. Cette compagnie fait de la recherche pharmaceutique à Montréal.

La R-D a été extrêmement fructueuse au Canada et la politique gouvernementale y a contribué.

**Le sénateur Morin:** Madame Farnham, je suis d'accord avec la plupart de vos recommandations. Un bon nombre d'entre elles sont déjà appliquées dans plusieurs provinces. Vous recommandez qu'elles le soient à l'échelle du pays.

Votre quatrième recommandation m'étonne un peu. Vous recommandez que tous les gouvernements canadiens adoptent une politique de substitution permettant aux pharmaciens de délivrer le

most cost-effective drug, particularly if a new drug is more expensive.

I understood that there was a PMPRB regulation prohibiting a company from introducing a drug in a given class that would be higher in price than the existing drugs. What you are alleging cannot exist in Canada, although it may exist in other countries. We can check on that.

As I understand it, a new drug in a particular class cannot demand a higher price than the other drugs in that class or cluster of drugs. The new drug must fit into a different class.

**Ms Farnham:** I apologize. I do not have them with me today, but we could follow up and provide you with some specific examples of interchanges that can be made, with the specific associated cost savings.

**Senator LeBreton:** I also have a question with regard to the presentation by the Drug Trading Company Limited. You recommend that all Canadian governments implement pharmacist-based compliance programs, and you give some examples of that. Many witnesses have testified before this committee about the improper use of medication, over-medication, having two different doctors prescribe different drugs and the problems that causes.

In committee we have tossed around ideas of health smart cards. We have debated whether those should be held by the patient or by the physician. Do you anticipate monitoring or controlling medications by some form of a health smart card? Dr. Keon used the U.S. army example of people actually having a dog tag with their medical information. How would you see that recommendation being implemented?

**Ms Farnham:** We obviously support the use of this kind of technology. Inevitably we will be required to address some of these issues. We also recognize, however, that some of these things are some distance away because of concerns around privacy regulation and restriction.

Our member pharmacies, using pharmacists, have done a lot of work to directly influence and impact on patient compliance by having the pharmacist engage in programs such as calling a patient to find out how they are doing with their medication; to determine if they discontinued usage because of an adverse drug reaction; and following up to ensure that they fill their refills as scheduled and as appropriate. We have been able to demonstrate that pharmacists can have a direct and positive impact on ensuring that patients do take their medication properly and take it for a sustained period of time as appropriately prescribed. We are focusing on direct pharmacist intervention within the context of our remarks.

**Senator LeBreton:** I go to an IDA pharmacy in the town that I live in. They have all my records and all my husband's heart records. He is a patient of Dr. Keon at the Heart Institute. The pharmacy provides good printout information about what the drug does. The pharmacist is very helpful. I am quite sure that if my

médicament le plus économique, surtout si le nouveau médicament prescrit est plus coûteux.

Je croyais qu'un règlement émis par le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés interdisait à une compagnie de mettre en marché une nouvelle version d'un même médicament à un prix plus élevé que le médicament existant. La situation dont vous parlez ne peut pas se produire au Canada, même si elle peut exister dans d'autres pays. Nous pourrions vérifier.

Si j'ai bien compris, un nouveau médicament ne peut pas être vendu plus cher que les médicaments du même type qui existent déjà. Le nouveau médicament doit entrer dans une catégorie différente.

**Mme Farnham:** Excusez-moi. Je n'ai pas ces renseignements sous la main aujourd'hui, mais nous pourrions vous fournir quelques exemples précis de substitutions qui peuvent être faites et des économies qu'elles représentent.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai également une question concernant le mémoire de Drug Trading Company Limited. Vous recommandez que tous les gouvernements du Canada mettent en place des programmes de suivi sous la responsabilité des pharmaciens et vous en donnez quelques exemples. De nombreux témoins nous ont parlé de la mauvaise utilisation des médicaments, de leur consommation abusive et des cas où deux médecins différents prescrivaient des médicaments dont l'interaction posait des problèmes.

Notre comité a discuté des cartes de santé à puce. Nous nous sommes demandé si elles devaient être conservées par le patient ou par le médecin. Prévoyez-vous une surveillance ou un contrôle des médicaments au moyen d'une carte à puce? Le Dr Keon a cité l'exemple de l'Armée américaine dont les soldats portent une médaille indiquant leurs antécédents médicaux. Comment pensez-vous que cette recommandation pourrait être appliquée?

**Mme Farnham:** Nous sommes tout à fait pour l'utilisation de ce genre de technologie. Nous devons certainement nous pencher sur certaines de ces questions. Nous reconnaissons toutefois que certaines de ces choses ne sont pas encore pour tout de suite à cause des dispositions concernant la protection des renseignements personnels.

Nos pharmacies ont fait un gros travail pour exercer directement une influence sur l'observation des ordonnances par exemple, en demandant aux pharmaciens d'appeler un patient pour savoir s'il prenait bien ses médicaments, s'il avait arrêté de les prendre à cause d'effets secondaires et pour s'assurer qu'il renouvelle son ordonnance tel que prévu. Nous avons pu démontrer que les pharmaciens pouvaient avoir une influence directe et positive en s'assurant que les patients prenaient leurs médicaments comme il faut et pendant la période prescrite. Nous centrons nos efforts sur l'intervention directe du pharmacien dans le contexte de nos propos.

**Le sénateur LeBreton:** Dans la ville où je réside, je suis cliente d'une pharmacie IDA. Elle a mon dossier et le dossier de l'état de santé cardiaque de mon mari. Mon mari est un patient du Dr Keon, à l'Institut des maladies cardiaques. La pharmacie nous fournit des renseignements sur les effets du médicament. Le



husband went to another doctor — although I can hardly get him to go to the one he is supposed to go to — brought in a prescription, the pharmacist would notice that. What would happen if he went to another pharmacy?

**Ms Farnham:** The smart card technology would be required to address that issue. The pharmacy-patient care systems are not linked today. What we are focusing on is that pharmacists as health professionals have more interactions with the patient than virtually any other health professional. The average Canadian family has a minimum of 28 prescriptions per year filled at a pharmacy. The pharmacist is extremely accessible and has many points of contact. The pharmacist is also the health care professional who understands what happens to that prescription once it leaves the doctor's office.

The physician may write a prescription and then see the patient in three, six or nine months. It is the pharmacist who notices whether that patient comes back when he should and whether he is taking the medication as prescribed. That is where our recommendations are focused, although we recognize the importance of technology and of managing the system.

**Senator LeBreton:** If they notice that someone has not refilled a prescription in a specified amount of time, pharmacists are rather powerless to do anything about it. Is that correct?

**Ms Farnham:** There are some things that pharmacists can do, but the system of rewarding and providing incentives for pharmacists does not support that kind of interaction. Many of our member pharmacists are involved in this sort of activity, but as Mr. Elliott mentioned, we feel certain changes are required in the pharmacists' scope of practice to help us function effectively and to deliver quality health care.

**Senator LeBreton:** Mr. Elliott, I was struck by your story about the gentleman coming in to fill a prescription for smoking cessation and making the decision that he could not afford it. Is there anything you can do other than try to encourage him to find the money to pay for it? Can you report it to the doctor or recommend some other less expensive product? I know the smoking cessation aids are a limited product. It must be very frustrating because there is not much you can do.

**Mr. Elliott:** Thank you for your question. Yes, it can be a bit frustrating, but pharmacists do have some options. Patients elect not to take their medication because they cannot afford it, or they do not have coverage, or there are ancillary products they need to do that. We routinely work closely with the physician community in offering alternatives that may fold into the particular drug plan coverage. We offer less expensive alternatives.

With the consent of the physician, we often provide therapeutic substitution. We find a product or a means to achieve the goal the physician has determined.

Apart from the compliance issue of people being able to afford the product, there is also the issue of people being able to use the product. If a three-year-old child is supposed to use, say, a Ventolin inhaler, that child or the parent may not be able to cope with the device because it is intricate. Another device may be

pharmacie joue un rôle très utile. Je suis certaine que si mon mari allait voir un autre médecin — même si j'ai déjà du mal à le convaincre d'aller voir le sien — et s'il apportait une nouvelle ordonnance, le pharmacien le remarquerait. Qu'arriverait-il s'il allait dans une autre pharmacie?

**Mme Farnham:** Nous aurions besoin pour cela de la technologie des cartes à puce. À l'heure actuelle, les systèmes de dossiers des pharmacies ne sont pas reliés les uns aux autres. Nous mettons l'accent sur le fait que les pharmaciens sont les professionnels de la santé qui ont le plus de contacts avec le patient. La famille canadienne moyenne fait exécuter au moins 28 ordonnances par an. Le pharmacien est très accessible et a de nombreux points de contact. Le pharmacien est également le professionnel de la santé qui sait ce qu'il advient de l'ordonnance une fois qu'elle quitte le cabinet du médecin.

Le médecin peut rédiger une ordonnance et revoir le patient au bout de trois, six ou neuf mois. C'est le pharmacien qui remarque si le patient revient renouveler son ordonnance et s'il prend les médicaments prescrits. C'est sur cet aspect que portent nos recommandations même si nous reconnaissons l'importance de la technologie et de la gestion du système.

**Le sénateur LeBreton:** Si le pharmacien remarque qu'un patient n'a pas renouvelé son ordonnance dans le délai voulu, il ne peut pas faire grand-chose, n'est-ce pas?

**Mme Farnham:** Il y a certaines choses que le pharmacien peut faire, mais il n'y a pas d'incitatifs pour favoriser ce genre d'interaction. Un grand nombre de nos pharmaciens participent à ce genre d'activité, mais comme M. Elliott l'a mentionné, nous croyons nécessaire d'élargir le cadre des fonctions du pharmacien pour qu'il joue un rôle efficace et assure des soins de qualité.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Elliott, j'ai été frappée par votre histoire au sujet de cet homme qui est venu acheter des médicaments pour cesser de fumer et qui a jugé qu'il n'en avait pas les moyens. À part l'inciter à trouver de l'argent, y a-t-il autre chose que vous puissiez faire? Pouvez-vous en parler au médecin et recommander un produit moins coûteux? Je sais que les produits qui aident à cesser de fumer ont des limitations. Ce doit être très frustrant, car vous ne pouvez pas faire grand-chose.

**M. Elliott:** Je vous remercie de cette question. Oui, cela peut être un peu frustrant, mais les pharmaciens ont certaines options. Des patients décident de ne pas prendre leur médicament parce qu'ils n'ont pas d'argent ou parce qu'ils n'ont pas d'assurance ou encore parce qu'ils ont besoin de produits auxiliaires. Nous travaillons en collaboration étroite avec les médecins en leur suggérant d'autres médicaments qui sont couverts par le régime d'assurance ou des solutions moins coûteuses.

Lorsque le médecin est d'accord, nous offrons souvent un médicament de substitution. Nous trouvons un produit ou un moyen d'atteindre l'objectif que vise le médecin.

Non seulement les gens doivent pouvoir payer le médicament, mais il faut aussi qu'ils puissent utiliser le produit. Si un enfant de trois ans doit utiliser, par exemple, un inhalateur Ventolin, l'enfant ou ses parents ne sauront peut-être pas s'en servir parce que c'est difficile. L'enfant peut avoir besoin d'un autre dispositif, mais

required but, in most cases, that particular product will not be covered as part of their benefits. The child wants to be compliant. The parent wants to be compliant, but he or she cannot afford the device.

They will return to the physician who may recommend a different type of treatment which requires respiratory technology to be involved in the home or home visits. A second visit to the physician is required. You end up with a large circle of activity to meet the additional needs of the patient in order to comply with the physician's directions. Compliance is more than the ability to follow directions, there is also an inability to use the product for whatever reason.

**Senator Keon:** Mr. Mitchinson, I want to acknowledge the tremendous contribution that your industry is making to research in Canada as well as your desire to work cooperatively with CIHI and other granting bodies in providing matching funding for scientists and so forth.

In your discussion with Senator Morin you used the term, "discovery research." I believe that there is a tremendous opportunity in the Canadian research sector for better utilization of the funding that the pharmaceutical industry is providing. I appreciate the problems with patents and so on. I think what is needed is more of an effort to locate scientists in the basic science medium, in the institutes or university institutions of various kinds, in cooperation with granting bodies to truly make a commitment in personnel and career support to some of our top Canadian scientists. This is a tremendous problem for them, as you know. There is nothing quite as fragile in the whole health sector as the scientist who has to repeatedly apply and be peer-reviewed in order to get personnel support.

I have talked to some of your colleagues about this idea of jointly funding research personnel in research institutions and creating chairs and so on that have a long-standing commitment.

Would you care to comment on that? Perhaps I am trying to sensitize you to this issue.

**Mr. Mitchinson:** I am not only sensitized to the issue, but I am also pleased to say that, in the past year, we have put 14 chairs into universities across Canada at an average cost of about \$1 million per chair. Those are run by the university; in agreement with the university. Our claim on any research is merely at an intellectual property level. As you indicated, this does provide a scientist with solid funding. The university can commit to that individual, and they can then draw in other experts around them, and draw on other funding.

We undertook with the Ontario government to take a group from the University of Toronto, from the Ministry of Science and Technology, and from our own company to research Triangle Park in North Carolina where our company's U.S. head office is located. They have managed to create a cluster where they have linked together the universities, the local industries, and the government and created an office through which the coordination

dans la plupart des cas, ce produit ne sera pas couvert par l'assurance. L'enfant veut prendre son médicament, le parent veut qu'il le prenne, mais il n'a pas les moyens de payer le dispositif.

Le parent et l'enfant retourneront voir le médecin qui pourra recommander un autre type de traitement exigeant l'utilisation de la technologie respiratoire à domicile ou des visites à domicile. Il faudra faire une deuxième visite chez le médecin. Il y a toutes sortes de choses à faire pour répondre aux besoins supplémentaires du patient et se conformer aux instructions du médecin. Il ne s'agit pas seulement de pouvoir suivre ses instructions, il se peut aussi que le patient soit incapable d'utiliser le produit pour une raison ou pour une autre.

**Le sénateur Keon:** Monsieur Mitchinson, je tiens à reconnaître l'énorme contribution que votre industrie apporte à la recherche au Canada ainsi que votre désir de coopérer avec l'Institut canadien d'information sur la santé et les autres organismes subventionnaires qui fournissent un financement de contrepartie aux chercheurs, et cetera.

Au cours de votre dialogue avec le sénateur Morin, vous avez parlé de la recherche orientée vers les découvertes. Je crois que le secteur de la recherche du Canada a une excellente occasion de faire une meilleure utilisation des fonds que lui fournit l'industrie pharmaceutique. Je suis conscient des problèmes que posent les brevets. Je crois qu'il faudrait faire davantage d'effort pour trouver des chercheurs en science fondamentale, dans les instituts ou des institutions universitaires diverses, en collaboration avec les organismes subventionnaires, pour apporter le soutien voulu à certains de nos meilleurs chercheurs. Cela leur pose un énorme problème, comme vous le savez. Rien n'est plus fragile, dans tout le secteur de la santé, que le chercheur qui doit constamment présenter des demandes et se soumettre à l'examen de ses pairs pour obtenir de quoi subsister.

J'ai parlé à certains de vos collègues du financement conjoint du personnel de recherche des institutions de recherche et de la création de chaires pour assurer un engagement à long terme.

Pourriez-vous nous dire ce que vous en pensez? J'essaie peut-être de vous sensibiliser à ce problème.

**M. Mitchinson:** Non seulement j'y suis déjà sensibilisé, mais j'ai le plaisir de dire qu'au cours de l'année écoulée, nous avons créé 14 chaires dans des universités des diverses régions du pays, à un coût moyen d'environ 1 million de dollars par chaire. Elles sont gérées par l'université, en accord avec cette dernière. Nos droits sur les recherches se situent uniquement au niveau de la propriété intellectuelle. Comme vous l'avez dit, cela permet à un chercheur de disposer d'un financement stable. L'université peut s'engager envers lui et l'entourer d'autres experts en puisant dans d'autres sources de financement.

En collaboration avec le gouvernement de l'Ontario, nous avons emmené un groupe de chercheurs de l'Université de Toronto, du ministère des Sciences et de la Technologie et de notre propre compagnie à Triangle Park, en Caroline du Nord, où se trouve notre siège social aux États-Unis. Ce noyau a créé une grappe réunissant les universités, les industries locales et le gouvernement et a créé un bureau qui assure la coordination de



of those three sectors could come together to try to direct some of this research money. Currently, universities have their research agenda; the government has its agenda; and we have ours. You may want to consider what they have done when dealing with the research segment of your report. How do you create clusters whereby the research monies can come together in a collaborative approach dealing with the kind of issues you have described?

**Senator Keon:** Ms Farnham, I want to bring you back to a remark you made about your computer programs as they may relate to the privacy of health records. This is quite a barrier at the present time. Health information is very carelessly stored right now. Hard copy is probably more of an interest than a computer program.

If a patient has a prescription filled in one outlet, can somebody in another outlet draw up that information without the patient's consent?

**Ms Farnham:** No. Current privacy legislation prohibits us from making that accessible and available. Technically it can be done, but legally we cannot do that.

**Senator Keon:** If someone gets a prescription filled in Vancouver and he comes to Toronto and gets another prescription, when your pharmacist goes to the computer, what comes up?

**Ms Farnham:** If the patient's record was in Vancouver, we would have no record of that patient in Toronto. If the pharmacist in Toronto required information on that patient, he would be obligated to call the pharmacy in Vancouver to obtain the required information.

**Senator Keon:** Supposing the patient had a previous prescription filled in Hamilton, what would come up on the computer?

**Ms Farnham:** Again, if the patient had not visited that particular retail pharmacy outlet in Toronto, that pharmacist would have no information on what had occurred in Hamilton.

**Senator Keon:** I appreciate your answers and what you are trying to do. Hopefully, some day it will all come together.

Mr. Elliott, you raised a subject that virtually everyone raises with us and that is the manner of payment of primary care physicians, which is a tremendous barrier to the integration of the health professional work force in Canada. Do you have a solution to suggest to us?

**Mr. Elliott:** I am not sure we can add more clarity to that discussion than the others who have struggled with that question.

We are concerned that payment on a fee-for-service basis encourages the treatment of illness but does not encourage wellness. It encourages over-utilizations rather than under-utilization.

We all have to work together. Pharmacists can offer team approach opportunities to manage patient medications and reduce the number of visits to hospitals and to physicians by some of the

ces trois secteurs et redirige une partie des fonds destinés à la recherche. À l'heure actuelle, les universités ont leur propre programme de recherche, le gouvernement a le sien tandis que nous avons le nôtre. Peut-être pourriez-vous examiner ce qui a été accompli lorsque vous vous penchez sur la question de la recherche. Comment créer des grappes pour regrouper les subventions de recherche de façon à ce que les chercheurs examinent ensemble les problèmes que vous avez décrits?

**Le sénateur Keon:** Madame Farnham, je voudrais revenir sur ce que vous avez dit au sujet de vos programmes informatiques et de la protection des renseignements personnels contenus dans les dossiers médicaux. C'est un obstacle assez important pour le moment. Les renseignements médicaux sont entreposés sans aucune précaution. Le dossier papier présente sans doute davantage d'intérêt qu'un programme informatique.

Si un patient fait exécuter une ordonnance dans une pharmacie, le pharmacien d'une autre pharmacie peut-il obtenir ces renseignements sans le consentement du patient?

**Mme Farnham:** Non. La Loi sur la protection des renseignements personnels nous interdit de rendre ces renseignements disponibles. Ce serait possible sur le plan technique, mais la Loi ne nous y autorise pas.

**Le sénateur Keon:** Si quelqu'un fait exécuter une ordonnance à Vancouver et vient à Toronto pour renouveler son ordonnance, lorsque votre pharmacien consulte l'ordinateur, quels renseignements obtient-il?

**Mme Farnham:** Si le dossier du patient est à Vancouver, nous n'avons aucun renseignement sur ce patient à Toronto. Si le pharmacien de Toronto a besoin de renseignements au sujet du patient, il est obligé d'appeler la pharmacie de Vancouver pour obtenir les renseignements dont il a besoin.

**Le sénateur Keon:** Supposons que le patient ait déjà fait exécuter une ordonnance à Hamilton, que verrez-vous apparaître à l'ordinateur?

**Mme Farnham:** Encore une fois, si le patient n'est pas allé avant dans cette pharmacie de Toronto, le pharmacien ne pourra pas savoir ce qui s'est passé à Hamilton.

**Le sénateur Keon:** Je vous remercie de vos réponses et de ce que vous essayez de faire. J'espère qu'un jour tout cela sera relié.

Monsieur Elliott, vous avez soulevé une question que pratiquement tout le monde soulève ici, celle du mode de rémunération des médecins de première ligne, qui dresse un obstacle énorme pour l'intégration des professionnels de la santé au Canada. Avez-vous une solution à nous suggérer?

**M. Elliott:** Je ne suis pas certain de pouvoir vous éclairer davantage que les autres personnes qui ont soulevé cette question.

Nous craignons que la rémunération à l'acte favorise le traitement des maladies, mais pas la santé. Elle favorise une surutilisation des services plutôt qu'une sous-utilisation.

Nous devons tous joindre nos efforts. Les pharmaciens peuvent faire partie de l'équipe pour gérer la médication des patients et réduire le nombre de visites aux hôpitaux et aux médecins en

methods Ms Farnham referred to with respect to monitoring for compliance and for drug use.

Pharmacists are paid on a fee-for-service basis as well. That raises its own challenges because the pharmacist's ability to deliver different types of care and programs is not remunerated.

A number of studies have been done both in U.S. and Canada where remunerative programs have been put in place by private insurers. In some cases these have been done by governments. I think the U.K. has programs under which pharmacists are paid to do an intervention. I might cite an example in Quebec where, for a number of years, pharmacists were paid to not fill a prescription. They would provide a written pharmaceutical opinion where the patient was believed to be at risk by taking the medication, and they would be reimbursed for not filling the prescription. Those are examples of schedules and other types of programs that could be put in place.

There is probably a balance between a fee for service, a salary and a capitation process. However, we may not have the exact answer to that.

**Senator Callbeck:** Mr. Elliott, do you not agree with bulk purchasing?

**Mr. Elliott:** There is nothing wrong with bulk purchasing, and my learned friend to the left will probably have some discussion with me about that, so long as the contracts are set in such a way that delivery to the ultimate user, to the patient, is consistent and dependable.

Our concern is that, when you move all the decision making on a particular product into one brand, one product, one selection, if there are supply problems with that particular product, availability problems, an unexpected increased demand or a contract change, then there is risk presented to the patient because there is a subsequent change of product to the patient or unavailability of the product.

Our colleagues in New Zealand reported a number of instances where they had to ration products being delivered to patients. A prescription may have been for 100 tablets but the patient was given 10, 15 or 20 tablets to tide him over until the problem with supply was solved.

**Senator Callbeck:** Do you agree with that?

**Mr. Mitchinson:** I do not profess to be an expert on bulk buying. We do know that occurs in the generic market or that market where products are off patent. Saskatchewan did have a fair bit of success in having standing-order contracts. They would put out a tender for a product, the price would be set and, in the case of Saskatchewan, they would go with one manufacturer. Tendering for products in the generic market and setting the base price is not an issue, because all-comers can match that price if they wish.

**Ms Farnham:** When contemplating bulk buying to the degree at which you would be on a national level, you could, potentially, introduce a number of issues or problems into the system. On the scale at which the federal government might contemplate bulk

recourant aux méthodes que Mme Farnham a décrites pour la surveillance et le suivi de l'utilisation des médicaments.

Les pharmaciens sont aussi rémunérés à l'acte. Cela pose également des problèmes étant donné que la capacité du pharmacien à offrir divers types de soins et de programmes n'est pas rétribuée.

Plusieurs études ont été réalisées, aux États-Unis et au Canada, là où des programmes de rémunération ont été mis en place par des assureurs privés. Dans certains cas, il s'agissait d'initiatives gouvernementales. Je crois qu'au Royaume-Uni les pharmaciens sont rémunérés pour faire une intervention. Je pourrais citer un exemple au Québec où, pendant plusieurs années, les pharmaciens étaient payés pour ne pas exécuter d'ordonnances. Ils donnaient leur opinion par écrit lorsqu'ils estimaient que le patient courait un risque en prenant le médicament prescrit et ils étaient rémunérés pour ne pas avoir exécuté l'ordonnance. Voilà le genre de programmes qui pourraient être mis en place.

Il existe certainement un juste équilibre entre la rémunération à l'acte, le salaire et le paiement par capitation. Néanmoins, nous n'avons peut-être pas la réponse exacte à cette question.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Elliott, n'êtes-vous pas d'accord avec les achats en vrac?

**M. Elliott:** Je ne vois rien de mal aux achats en vrac, et mon collègue à ma gauche voudra probablement en discuter avec moi, dans la mesure où les contrats sont établis de façon à ce que la livraison au client ultime, au patient, soit régulière et fiable.

Nous craignons que, si vous misez entièrement sur un produit donné, sur une marque ou une sélection, en cas de problèmes d'approvisionnement ou de disponibilité ou encore de hausse inattendue de la demande ou de changement au contrat, il y ait des risques pour le patient à cause d'un changement de produit ou parce que le produit n'est plus disponible.

Nos collègues de Nouvelle-Zélande ont signalé plusieurs cas où ils ont dû rationner des médicaments. L'ordonnance prévoyait 100 pilules, mais le patient n'en obtenait que 10, 15 ou 20 en attendant que le problème d'approvisionnement soit réglé.

**Le sénateur Callbeck:** Êtes-vous d'accord avec cela?

**M. Mitchinson:** Je ne prétends pas être un expert de l'achat en vrac. Nous savons que cela se produit sur le marché générique ou sur le marché des médicaments brevetés lorsque le brevet est expiré. La Saskatchewan a obtenu d'assez bons résultats avec les contrats de commande permanente. Elle lançait un appel d'offres pour un produit, le prix était fixé et elle s'adressait alors au fabricant retenu. Sur le marché des médicaments génériques, la question des appels d'offres et de l'établissement du prix de base ne se pose pas étant donné que tout le monde peut offrir un prix comparable.

**Mme Farnham:** Si l'on envisageait l'achat en vrac au niveau national, cela pourrait causer un certain nombre de problèmes. Si le gouvernement achète des médicaments en vrac à une telle échelle, il peut décider du sort d'un fabricant, décider s'il



buying, there actually is the opportunity to decide the fate of a manufacturer — whether that manufacturer continues to exist or not. It raises issues of restraining competition. You can become very dependent on one supplier, and although in the short-term you may find some economies and efficiencies, in the long-term you may end up with an outcome whereby you are paying higher prices and becoming very dependent on one primary supplier. You must be very careful with bulk buying. All of us, as retailers, must be very sensitive to the competitive nature of the marketplace. Certainly on the scale of what the federal government might be doing, you could introduce some real issues and problems into the marketplace. We would urge caution.

**Senator LeBreton:** My other question concerned direct consumer advertising. Are you against that for prescription drugs or for all drugs?

**Mr. Elliott:** We have hesitation about the advertising of prescription drugs because we are concerned that it will drive up demand for prescription drugs that may not be necessary. We are concerned that, in the very busy offices that most physicians occupy, a patient will present with a preconceived diagnosis made on their own and a preconceived need for a particular product and perhaps, directly or indirectly, bring pressure upon the physician to make that decision on his or her behalf.

We are concerned that patients may not have all of the information in the text and the presentation of the commercial itself. We have concerns about whether it should fully describe the side effects, the adverse effects and the interactions with other medication. Those decisions on prescription drugs should be made with a patient and a physician meeting together and comparing information, rather than through public advertising.

Public advertising of non-prescription drugs is ongoing and it is not a problem. I could keep you fairly busy for the next couple of hours with anecdotes as to why it is a problem within the pharmacy, but it does not affect this discussion. There are concerns about name recognition in advertised over-the-counter products where a multiple number of components contained in those products have a consistent brand name. We called them "line extensions," for want of a better term. Patients are confused and often select the wrong product. We encourage them to talk to their pharmacists before they buy certain over-the-counter products to make sure they are getting the right product, or at least the product they think they are buying.

**Senator Robertson:** I note in one of your documents you deal with the cost drivers of health care. You say that Canadian drug spending as a proportion of overall health care spending is among the lowest of the G7 countries. We are below the average of other industrial nations. Of these countries, who has the highest costs for patent drugs?

**Mr. Mitchinson:** The highest-cost country for pharmaceuticals is the United States.

continuera d'exister ou non. Cela soulève la question de la concurrence. Vous pouvez devenir très dépendant d'un fournisseur et, même si cela vous permet de réaliser des économies et des gains d'efficacité à court terme, à long terme, vous risquez de devoir payer des prix plus élevés et de trop dépendre de votre fournisseur. Il faut être très prudent lorsqu'on envisage l'achat en vrac. En tant que détaillants, nous devons tous tenir compte du caractère concurrentiel du marché. À l'échelle où le gouvernement fédéral le ferait, l'achat en vrac risquerait de causer des problèmes bien réels. Nous vous exhortons à la prudence.

**Le sénateur LeBreton:** Mon autre question concernait la publicité qui s'adresse directement aux consommateurs. Vous y opposez-vous pour les médicaments délivrés sur ordonnance ou pour tous les médicaments?

**M. Elliott:** Nous avons des hésitations en ce qui concerne la publicité pour les médicaments délivrés sur ordonnance parce que nous craignons qu'elle fasse augmenter la demande de médicaments qui ne sont peut-être pas nécessaires. Comme la plupart des médecins sont très occupés, nous craignons qu'un patient se présente après avoir fait son propre diagnostic, convaincu d'avoir besoin d'un certain produit et qu'il exerce, directement ou indirectement, des pressions sur le médecin pour qu'il le lui prescrive.

Les patients n'obtiennent peut-être pas toute l'information voulue dans l'annonce publicitaire. Nous nous demandons si cette annonce devrait décrire tous les effets secondaires, les effets négatifs et les interactions avec d'autres médicaments. La décision de prescrire un médicament devrait être prise par le médecin et son patient à partir de l'information disponible plutôt qu'à partir de la publicité dans les médias.

La publicité pour les médicaments en vente libre existe depuis longtemps et ne pose pas de problèmes. Je pourrais passer les deux prochaines heures à vous raconter des anecdotes vous montrant pourquoi c'est un problème pour les pharmacies, mais c'est une autre question. La reconnaissance du nom des médicaments en vente libre pose un problème lorsque plusieurs des ingrédients contenus dans ces produits portent la même marque. C'est ce que nous avons appelé l'élargissement de la gamme, faute de meilleur terme. Cela sème la confusion dans l'esprit des patients qui choisissent souvent le mauvais produit. Nous les incitons à parler à leur pharmacien avant d'acheter certains médicaments en vente libre afin qu'ils soient sûrs d'obtenir le bon produit ou du moins, celui qu'ils pensent acheter.

**Le sénateur Robertson:** Je remarque que vous parlez, dans un de vos documents, des facteurs qui augmentent le coût des soins de santé. Vous dites que le montant que les Canadiens dépensent en médicaments, par rapport à l'ensemble des dépenses pour la santé, est l'un des plus bas des pays du G-7. Nous sommes en dessous de la moyenne des autres pays industrialisés. Quel est, de ces pays, celui qui dépense le plus pour les médicaments brevetés?

**M. Mitchinson:** Ce sont les États-Unis.

**Senator Robertson:** Are there countries where the costs are lower than in Canada? Why is there a difference?

**Mr. Mitchinson:** A number of factors come into play. We think the PMPRB has done a superb job in striking a good balance: a medium price between European countries and the United States and, at the same time, encouraging innovation. While we may have certain disagreements with interpretation from time to time, the net effect of their activity is that Canada has either the average price in a given drug or one of the lower prices.

An additional element in Canada is that each province sets up a cost effectiveness barrier, which we do need to meet. If we want access to the provincial formularies, we have to provide a value argument, which again has an impact on the real price of product.

**Senator Robertson:** If we had a national drug plan, would costs be reduced further in Canada?

**Mr. Mitchinson:** Currently, the PMPRB is an effective drug agency. There are two components to what a national plan could do. Would it ensure broader access for Canadians? The Quebec drug plan is, perhaps, one option the committee could consider in that regard. Would it create timely access to new technologies? It may or may not. We find incredible variance across Canada. It depends on the philosophy.

With regard to pricing, there may be an opportunity in the generic market to drive prices lower. However, the kind of national review that would be done would be similar to what is being done in each province, which is related to what the product is displacing.

It is unlikely that bulk buying or a similar approach would create price competition.

**Senator Robertson:** If I understand you correctly, that would not have a great impact on the price of one item.

**Mr. Mitchinson:** I would ask the committee to consider again the Saskatchewan example. They used a standing, not-for-profit type of contract approach with one of the smaller pharmaceutical markets in Canada, and they still managed to extract the lowest prices.

**Senator LeBreton:** We recognize the massive amounts of research required in the development of a new drug. What percentage of the total budget of, say, GlaxoSmithKline would be spent on research? Are you permitted to discuss that?

**Mr. Mitchinson:** It varies year to year. There is more than one definition of research. There is the PMPRB definition and there are others. Approximately 13 per cent of our revenues go into research.

**Senator Robertson:** Does that include the research chairs to which Dr. Keon referred?

**Mr. Mitchinson:** Yes.

**Le sénateur Robertson:** Y a-t-il des pays où les médicaments coûtent moins cher qu'au Canada? Pourquoi y a-t-il une différence?

**M. Mitchinson:** Plusieurs facteurs entrent en jeu. Le Conseil d'examen du prix des médicaments brevetés a fait un excellent travail en assurant un juste équilibre, autrement dit, un prix moyen entre les pays européens et les États-Unis tout en favorisant l'innovation. Nous ne sommes parfois pas d'accord avec son interprétation, mais son travail a eu pour résultat de donner au Canada soit le prix moyen d'un médicament donné ou l'un des prix les plus bas.

Par ailleurs, chaque province fixe une limite de rentabilité que nous devons respecter. Si nous voulons avoir accès aux formulaires des provinces, nous devons démontrer la valeur du médicament, ce qui a également un effet sur le prix réel du produit.

**Le sénateur Robertson:** Si nous avions un régime national d'assurance-médicaments, cela réduirait-il encore plus les coûts?

**M. Mitchinson:** À l'heure actuelle, le CEPMB joue un rôle efficace. Il y a deux choses à considérer. Est-ce qu'un régime national d'assurance-médicaments élargirait l'accès des Canadiens aux médicaments? Le régime québécois est peut-être une option que le comité pourrait envisager. Est-ce que cela permettrait d'avoir accès aux nouvelles technologies? Pas forcément. Il y a des variations énormes d'un bout à l'autre du pays. Cela dépend de votre idéologie.

Pour ce qui est des prix, le marché générique pourrait peut-être les faire baisser davantage. Néanmoins, le genre d'examen qu'il faudrait réaliser au niveau national serait similaire à celui qui est fait dans chaque province et qui porte sur le médicament que le produit supplante.

Il est peu probable que les achats en vrac ou ce genre de méthode crée une concurrence en matière de prix.

**Le sénateur Robertson:** Si j'ai bien compris, cela n'aurait pas énormément de répercussions sur le prix d'un produit.

**M. Mitchinson:** Je vous demanderais de tenir compte, encore une fois, de l'exemple de la Saskatchewan. Cette province a opté pour la méthode du contrat permanent, sans but lucratif alors qu'elle avait l'un des marchés pharmaceutiques les plus petits du pays et elle a quand même réussi à obtenir les prix les plus bas.

**Le sénateur LeBreton:** Vous reconnaissez qu'il faut faire énormément de recherche pour mettre au point un nouveau médicament. Quel pourcentage du budget total de GlaxoSmithKline, par exemple, est consacré à la recherche? Avez-vous le droit d'en parler?

**M. Mitchinson:** Cela varie d'une année à l'autre. Il y a plusieurs définitions de la recherche. Il y a celle du CEPMB et il y en a d'autres. Environ 13 p. 100 de nos recettes servent à financer la recherche.

**Le sénateur Robertson:** Cela comprend-il les chaires de recherche dont le Dr Keon a parlé?

**M. Mitchinson:** Oui.



**Senator Robertson:** Do you do most of your research in-house?

**Mr. Mitchinson:** No. Typically, we have collaborated. One interesting collaboration was with BioChem in Montreal which developed the product 3TC, a staple of AIDS therapy. That was a case where we contracted with them. They created the innovation. We worked with them to bring that product to market.

We have also found it productive to work with university researchers in Canada. Canada has world-class researchers in various elements of disease research, and we have created a number of collaborations on that front. It is a combination, senator.

**Senator Robertson:** What is your biggest expense?

**Mr. Mitchinson:** It would be our commercial expenses.

**Senator Robertson:** Does that mean advertising?

**Mr. Mitchinson:** It would be the cost for us to promote our products, to educate physicians and patients on our products, and to work with pharmacy.

**Senator Robertson:** Is there a better way to educate physicians than the way we do it now? Could it be done better under a national program? It seems that many general practitioners are not familiar with the benefits of certain drugs, and that they often call the patient after a consultation and change the prescription.

I think the best source of information is my local pharmacist. If I am at all suspicious about something my doctor has prescribed, or even if I am not suspicious, I always check it out to make sure there will be no counter-effects with any other medication I might be taking. I think pharmacists are greatly underutilized.

Years ago, if we had a cold or measles or whatever, we would go to the pharmacist for advice. Nobody seems to do that any more. Is there a better way of educating the pharmacists and, in particular, general practitioners? It is very difficult for them to keep up with it all. I have every sympathy with them. However, the consuming public is also frustrated because they recognize that they are not getting enough information about new drugs. Would this be handled better under a national pharmacare program? Is there a better way of doing it?

**Mr. Elliott:** If I may be so bold as to comment, senator. Pharmacists in Canada are highly educated and, in all provinces, they have to comply with a number of ongoing competency requirements. Pharmacists are more often asked for advice rather than less often.

In many provinces, pharmacists self-fund their own pharmacy drug information centres which have access to unbiased world information on virtually all medications we use in Canada. Often we find good references on drugs from European or other sources. Pharmacists have instant access to the information a patient needs.

**Le sénateur Robertson:** Faites-vous la plupart de vos recherches dans vos propres laboratoires?

**M. Mitchinson:** Non. En général, nous la faisons en collaboration. Nous avons eu une collaboration intéressante avec BioChem, de Montréal, qui a mis au point le 3TC, un élément de la thérapie contre le SIDA. Nous avons conclu un marché avec cette compagnie. Elle a mis le produit au point et nous avons travaillé avec elle à sa mise en marché.

Nous avons également trouvé intéressant de travailler avec les chercheurs universitaires du Canada. Le Canada a des chercheurs de calibre mondial dans divers domaines de la recherche sur les maladies et nous collaborons avec eux dans le cadre de plusieurs programmes. La recherche se fait sur plusieurs fronts.

**Le sénateur Robertson:** Quelle est votre plus grosse dépense?

**M. Mitchinson:** Ce sont sans doute nos dépenses commerciales.

**Le sénateur Robertson:** Voulez-vous parler de la publicité?

**M. Mitchinson:** Il s'agit des dépenses que nous faisons pour promouvoir nos produits, pour informer les médecins et les patients sur nos produits et pour travailler avec les pharmacies.

**Le sénateur Robertson:** N'y a-t-il pas un meilleur moyen d'éduquer les médecins que nous ne le faisons actuellement? Ne vaudrait-il pas mieux d'avoir un programme national? J'ai l'impression qu'un grand nombre de généralistes ne connaissent pas les avantages de certains médicaments et qu'il leur arrive souvent, après une consultation, de rappeler le patient pour modifier son ordonnance.

Je pense que ma meilleure source d'information est mon pharmacien. Si j'ai le moindre doute au sujet de ce que mon médecin m'a prescrit ou même si je n'ai aucun doute, je m'assure toujours que l'interaction entre ce médicament et les autres médicaments que je prends n'aura pas d'effets indésirables. Les capacités des pharmaciens sont sérieusement sous-utilisées.

Il y a des années, quand on avait le rhume, la rougeole ou une autre maladie, on allait demander conseil au pharmacien. Plus personne ne semble le faire. N'est-il pas une meilleure façon d'éduquer les pharmaciens et particulièrement les médecins généralistes? Ils ont beaucoup de mal à se tenir au courant. Ils ont toute ma sympathie. Néanmoins, les consommateurs sont également insatisfaits parce qu'ils se rendent compte qu'ils n'obtiennent pas suffisamment d'information sur les nouveaux médicaments. Si nous avions un programme national d'assurance-médicaments, cela n'améliorerait-il pas les choses? N'y a-t-il pas une meilleure solution?

**M. Elliott:** Si vous le permettez, les pharmaciens du Canada ont une excellente formation et, dans toutes les provinces, ils doivent se soumettre régulièrement à des tests de compétence. Les patients demandent souvent conseil aux pharmaciens.

Dans de nombreuses provinces, les pharmaciens financent eux-mêmes leurs centres d'information sur les médicaments qui ont accès à des données mondiales objectives sur pratiquement tous les produits pharmaceutiques que nous utilisons au Canada. Nous y trouvons souvent de bonnes sources d'information

We routinely contact that service. We routinely prepare printouts, handouts and literature for patients on unusual drugs and on new drugs.

The new drug information that our colleagues in the industry provide is often available in the research form before the public has access to it. Pharmacists do have access to that and make it available. Our colleagues do coach and help us with the materials from the industry.

**Senator Robertson:** Do you in turn pass the information along to the medical profession?

**Mr. Elliott:** Absolutely. We share with the professions. We have education programs in the form of conferences, and we provide written material. The Canadian Pharmacists Association produces updated texts, both electronic and print. The information is available. An interesting driver of the production of information is the patient who asks questions. They often raise questions that no one else has asked.

**Senator Robertson:** New developments are happening so fast that I do not know how everyone keeps track of all the information. It must be very difficult for physicians, pharmacists and everyone.

**Ms Farnham:** One of the recommendations in our submission specifically relates to academic detailing of physicians by pharmacists. Some work on this has been done in Australia, and some preliminary work is being done in Ontario now. We would encourage a recommendation that we engage in more pilot projects of this nature to see if we can effect the kind of outcome you are looking for.

**Senator Callbeck:** You said that 13 per cent of your budget was spent on research. Then you talked about the commercial expenses for promoting the drug and educating the public. What percentage of the budget would that be?

**Mr. Mitchinson:** Our commercial expenses are dedicated to bringing our products from the point of about two years prior to regulatory approval. Those expenses include health economic studies, setting up education programs, getting guidelines in place, and compiling other materials for the promotion of our products. In any given year, the total cost can range from 15 to 22 per cent.

**The Chairman:** I wish to thank the witnesses for attending here today.

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

**The Deputy Chairman:** Colleagues, we will get started on our last panel of witnesses. We have with us Donald Hurley, President of Medtronic; Bill Gieberzon, Associate Executive Director,

provenant d'Europe ou d'ailleurs. Les pharmaciens ont accès instantanément aux renseignements dont le patient a besoin. Nous communiquons régulièrement avec ce service. Nous préparons couramment des copies papier et de la documentation que nous remettons aux patients pour les informer au sujet des médicaments inhabituels ou des nouveaux médicaments.

Les renseignements sur les nouveaux médicaments que fournissent nos collègues de l'industrie pharmaceutique sont souvent disponibles sous forme de recherche avant que le public n'y ait accès. Les pharmaciens peuvent l'obtenir et la diffuser. Nos collègues nous informent et nous aident à obtenir ces renseignements.

**Le sénateur Robertson:** Les transmettez-vous, à votre tour, aux médecins?

**M. Elliott:** Absolument. Nous partageons ces renseignements avec les professions médicales. Nous avons des programmes d'éducation sous forme de conférences et nous fournissons de la documentation écrite. L'Association des pharmaciens du Canada publie des mises à jour, électroniques et imprimées. Ces renseignements sont disponibles. Ce sont souvent les questions posées par les patients qui nous incitent à produire des renseignements. Ils soulèvent souvent des questions que personne d'autre n'a posées.

**Le sénateur Robertson:** Les choses progressent si vite que je ne sais pas comment on peut se tenir au courant de toute l'information. Ce doit être très difficile pour les médecins, les pharmaciens et pour tout le monde.

**Mme Farnham:** L'une des recommandations de notre mémoire propose de confier aux pharmaciens le soin d'assurer la formation continue des médecins en pharmacothérapie. Des projets pilotes ont été réalisés en Australie et un travail préliminaire est actuellement effectué en Ontario. Nous pensons qu'il faudrait entreprendre davantage de projets pilotes de ce genre pour voir si nous pouvons obtenir les résultats que vous recherchez.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez dit que vous consacrez 13 p. 100 de votre budget à la recherche. Vous avez ensuite parlé des dépenses que vous faites pour promouvoir un médicament et informer le public. Quel pourcentage de votre budget cela représente-t-il?

**M. Mitchinson:** Nos dépenses commerciales couvrent la période qui précède d'environ deux ans l'homologation du produit. Ces dépenses comprennent les études d'économie médicale, la mise en place de programmes d'éducation, l'établissement de directives et la compilation d'autres documents comme la promotion de nos produits. Ces dépenses peuvent atteindre 15 à 22 p. 100 au cours d'une année.

**Le président:** Je tiens à remercier les témoins d'être venus ici aujourd'hui.

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

**La vice-présidente:** Chers collègues, nous allons entendre notre dernier groupe de témoins. Nous recevons Donald Hurley, président de Medtronic; Bill Gieberzon, directeur administratif



Canada's Association for the Fifty-Plus. I see my friend Lillian Morgenthau.

**Ms Lillian Morgenthau, President, CARP:** We changed our name to Canada's Association for the Fifty-Plus. We felt that "retired" did not really reflect the 50 year-olds. While they would love to be retired, they are not old enough.

**The Deputy Chairman:** We also have with us Cheryl Gulliver, who is with the Canadian Association Of Community Living; we have Cameron Crawford, President of the Roeher Institute; and we have Dr. Ed Brown, Director, New Network Telehealth.

I should like to extend a welcome to all the witnesses.

I shall use the chairman's prerogative and start with you, Mr. Crawford.

**Mr. Cameron Crawford, President, Roeher Institute:** Thank you for the opportunity to present to the committee. I apologize for distributing my written paper at the last moment, but there was no time to get it to you before now.

I will just run through the main points of the paper. They speak specifically to ideas that are presented in "Issues and Options." I wanted to keep the discussion focussed around that paper.

The work that has gone into "Issues and Options" is impressive. There is a lot in there. It is virtually impossible in a couple of minutes to address the depth and range of thought that has gone into it. Hence, I apologize in advance for whatever shortcomings my presentation leaves you with.

The Roeher Institute does public policy research on issues affecting people with disabilities in Canada. We look at income security issues, health issues, health planning, labour market issues, and so on. Our research agenda is quite broad. We have looked at issues of health and health planning in the past.

Our written paper provides some context. It lays out that there are about 4 million Canadians with disabilities in Canada. The proportion among those who are senior citizens with disabilities increases quite rapidly after the retirement years. After age 70, approximately half the retirement age population has some level of disability.

Our paper then provides a snapshot of the general health of people with disabilities. We at the institute do not subscribe to or use the medical model when we talk about disability. The medical model speaks of disability as if that in itself were an illness. We do not subscribe to that notion. Nevertheless, it must be said that the overall self-reported levels of general health among people with disabilities are quite a bit lower than for the Canadian population as a whole. Approximately less than half of those with disabilities will report excellent or good general health, as compared to the approximately 75 per cent of those who do not have disabilities.

The paper goes on to look at the reliance of people with disabilities on the health care system. The basic picture is that they are more likely to have contact with physicians, more likely to be doing overnight stays in hospital and more likely to be using

adjoint. Canada's Association for the Fifty-Plus. Je vois mon amie Lillian Morgenthau.

**Mme Lillian Morgenthau, présidente, CARP:** Nous avons changé notre nom pour celui de Canada's Association for the Fifty-Plus. Nous trouvions que le mot «retraités» ne convenait pas vraiment pour des gens de 50 ans. Ils aimeraient beaucoup être à la retraite, mais ils ne sont pas assez vieux.

**La vice-présidente:** Nous recevons également Cheryl Gulliver, de l'Association canadienne pour l'intégration communautaire, Cameron Crawford, président de l'Institut Roeher et le Dr Ed Brown, directeur du Nouveau réseau Télésanté

Je souhaite la bienvenue à tous les témoins.

Je vais profiter de la prerogative de la présidence pour commencer par vous, monsieur Crawford.

**M. Cameron Crawford, président, Institut Roeher:** Je vous remercie de m'avoir invité à prendre la parole devant le comité. Je vous demande de m'excuser de vous avoir remis mon mémoire à la dernière minute, mais je n'ai pas eu le temps de le faire avant.

Je vais simplement en souligner les principaux points. Il porte principalement sur les idées présentées dans «Questions et options». Je tenais à centrer la discussion sur ce rapport.

«Questions et options» représente un travail impressionnant. Ce document contient énormément de choses. Il est pratiquement impossible d'en faire le tour en quelques minutes. Je m'excuse donc à l'avance des lacunes que pourrait présenter mon exposé.

L'Institut Roeher analyse les politiques publiques sur les questions concernant les personnes handicapées. Nous examinons les questions touchant la sécurité du revenu, la santé, la planification sanitaire, le marché du travail, et cetera. Notre programme de recherche est assez vaste. Nous nous sommes penchés, par le passé, sur les questions concernant la santé et la planification sanitaire.

Notre mémoire vous donne le contexte. Il précise qu'il y a au Canada environ 4 millions de personnes handicapées. La proportion de personnes âgées handicapées augmente assez rapidement après l'âge de la retraite. Après l'âge de 70 ans, environ la moitié des retraités ont un certain handicap.

Notre document donne ensuite un aperçu de la santé générale des personnes handicapées. Notre Institut n'utilise pas le modèle médical lorsqu'il parle des handicaps. Le modèle médical considère le handicap comme une maladie en soi. Nous ne souscrivons pas à ce principe. Néanmoins, nous devons dire que le niveau de santé générale dont les personnes handicapées font état est nettement inférieur à celui de l'ensemble de la population canadienne. Un peu moins de la moitié des personnes handicapées se disent en excellente ou en bonne santé comparativement à 75 p. 100 environ pour les Canadiens qui ne sont pas handicapés.

Nous examinons ensuite l'utilisation que les personnes handicapées font du système de soins de santé. De façon générale, elles ont davantage tendance à consulter des médecins, à être hospitalisées et à utiliser les services d'urgence. Lorsque

emergency services. Where hospital stays are necessary, they are more likely to be in hospital for longer periods of time.

People with disabilities also have proportionately greater difficulty accessing health care services perceived as necessary. The national population health care survey asks the question in this past year: Have you felt that health care services were needed and not received? A very large share of those with disabilities answered yes to that. A very small share of those without disabilities answered yes to that. The paper gives some leading reasons for why that is the case. Cost is a key reason why people are not accessing the services they require.

With diminished health status comes lower levels of personal income and other social and economic disadvantages. These have been recognized by the Supreme Court. There is an excerpt from a Supreme Court decision in our paper to support this. There is also a supporting reference to a recent publication by the federal, provincial and territorial ministers responsible for social services. The point here is that as disadvantages accumulate, so too do adverse health effects. Also, where people's health is poorer, they tend to be poorer economically as well.

As people's health diminishes, the likelihood of having any form of health insurance or insurance for prescription medications also decreases significantly. Overall, in excess of 25 per cent of persons with disabilities do not have prescription medication insurance. The level of severity of disability increases the likelihood that people will be paying out of pocket for a whole range of goods and services needed because of disability.

Given the foregoing — lower levels of health, poorer socio-economic situation, lesser capacity to pay for necessary health care services — what sense do we make of the issues and options? Does a right to health care exist, or is that just a perception? If one looks at the Health Act, the Constitution Act and rulings from the Supreme Court, one could argue that there is a right here. If that right were eroded, it would be eroded on top of rights already severely eroded for people with disabilities on the education front, the labour front, the civil justice front, the criminal justice front, and other fronts. It is really problematic to be talking about an optional right here.

In terms of the federal government's role, the paper examines the financing roles laid out in "Issues and Options." We foresee no appetite in the immediate future for any kind of cost-sharing between the federal and provincial governments. Cost-sharing was repudiated in the mid-1990s by provincial governments; it was abandoned with the CHST. By the same token, the present system of block funding is largely unaccountable. We do not know what kind of health outcomes are being achieved with federal dollars. We do not know what labour market outcomes are being achieved with federal dollars. Those are in the context of agreements that talk about the need to have reporting. It is not working.

l'hospitalisation est nécessaire, ces personnes ont davantage tendance à séjourner plus longtemps à l'hôpital.

Les personnes handicapées ont également plus de difficulté à avoir accès aux services de soins qu'elles jugent nécessaires. L'Enquête nationale sur la santé de la population a posé, l'année dernière, la question suivante: avez-vous eu l'impression de ne pas avoir reçu des services de santé dont vous aviez besoin? Un très fort pourcentage des personnes handicapées ont répondu par l'affirmative, mais seulement une très faible proportion des personnes sans handicap. Nous en expliquons les principales raisons. Le coût est la principale raison pour laquelle les gens n'ont pas accès aux services dont ils ont besoin.

La dégradation de l'état de santé s'accompagne d'une baisse du revenu personnel et d'autres désavantages sur le plan social et économique. La Cour suprême l'a reconnu. Nous citons, dans notre mémoire, un extrait d'un jugement rendu par la Cour suprême. Nous y mentionnons également une publication récente des ministres fédéral, provinciaux et territoriaux responsables des services sociaux. Nous faisons valoir que plus les désavantages s'accumulent, plus les effets indésirables sur la santé s'accumulent également. Et quand les gens sont en mauvaise santé, ils ont tendance à être également dans une mauvaise situation économique.

Les gens en mauvaise santé ont également nettement moins de chances d'avoir une assurance-santé ou une assurance-médicaments. Dans l'ensemble, plus de 25 p. 100 des personnes handicapées n'ont pas d'assurance-médicaments. Plus leur handicap est grave, plus elles risquent de devoir payer de leur poche toute une série de biens et de services que leur état nécessite.

Compte tenu de ce qui précède, une mauvaise santé associée à une mauvaise situation socio-économique et une capacité moindre de payer les services de santé nécessaires, que faut-il penser des questions et des options? Le droit aux soins de santé existe-t-il ou est-ce seulement une illusion? Si l'on prend la Loi canadienne sur la santé, la Loi constitutionnelle et les décisions de la Cour suprême, on pourrait dire que ce droit existe. S'il y a érosion de ce droit, cela s'ajoute à la sérieuse érosion des droits des handicapés sur le plan de l'éducation, du travail, de la justice civile et de la justice pénale, entre autres. On peut difficilement parler d'un droit facultatif.

Pour ce qui est du rôle du gouvernement fédéral, notre mémoire examine les rôles décrits dans «Questions et options» sur le plan du financement. Nous ne pensons pas que, dans un avenir immédiat, on voudra envisager un partage des frais entre le gouvernement fédéral et les provinces. Le partage des frais a été répudié au milieu des années 90 par les gouvernements provinciaux; il a été abandonné lors de l'avènement du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Le système actuel de financement de base n'assure pas une bonne reddition de comptes. Nous ne savons pas quels sont les résultats obtenus avec l'argent du gouvernement fédéral sur le plan de la santé. Nous ne savons pas non plus quels sont les résultats obtenus sur le marché du travail. Et c'est dans le contexte d'ententes qui prévoient une reddition de comptes. Cela ne marche pas.



Your report talks about improvements to the CHST, which make a lot of sense. If a proportion of the CHST were dedicated to health care service, ramp up those transfers to the provinces by some kind of an escalator, arguably one based not only on the prevalence of senior citizens in a province but also on the less-than-retirement aged people and people with disabilities, the fiscal basis for the escalator approach would be more meaningful. We are talking about a large share of the non-senior population having disabilities in any given province in a particular year. On page 8 of our paper is a chart that shows that.

Our paper then talks about medical savings accounts, MSAs. These are potentially good on many fronts. For example, they would offer a share of control, which many people applaud. However, they could be absolutely catastrophic for people with heavy health-related needs. The paper illustrates some examples of how MSAs would work in an adverse way for some groups of people.

The conversion of CHST cash transfers into tax points would result in no further federal-provincial discussion on health issues. It would mean federal-government withdrawal completely, in terms of their commitment. Our paper also emphasizes the importance to the health and well-being of Canadians of the federal government continuing to play an active role in research, health promotion, and so on. It is very unlikely that the provinces will have the capacity to move in where the federal government will withdraw.

Your committee laid out options for raising new revenue for health care. However, people with disabilities have less income and, therefore, are less able to pay, either through the tax system or cash. If we were to go to a system of co-payments, preferably, a low, flat-rate scheme, one not based on the value of the services consumed, it would lessen the adverse impact on people with high, health-related costs and probably would be perceived as more fair.

A pharmacare plan would be well received by people who have disabilities. However, I would urge that you target it to people other than those who are on welfare. For low-income people with disabilities, there is a disincentive to remain in the labour market because often they do not have drug coverage, as compared to people on social assistance. Many people with disabilities would welcome a pharmacare program; it would enable them to seek independence from social assistance and thereby be more involved in the social and economic life of the community.

**Ms Cheryl Gulliver, President, Canadian Association for Community Living:** Honourable senators, the Canadian Association for Community Living believes all people should live in dignity in this country regardless of vulnerability or no vulnerability. With me today is my daughter Margot. I will not tell you my age, but I will tell you that she is 30. Obviously, we have hung out together for 30 years and have fought the good fight, and are proud of ourselves and what we do around human rights and equality. On the other side of me is Connie Laurin-Bowie, a policy analyst. She always helps me make sense of what I do.

Dans votre rapport, vous parlez d'apporter des améliorations au TCSPS, ce qui est tout à fait logique. Si une partie du TCSPS était consacrée aux soins de santé, si les transferts aux provinces étaient fonction d'une échelle mobile, qui tiendrait compte non seulement du nombre de personnes âgées dans une province, mais aussi des personnes qui se rapprochent de l'âge de la retraite et des personnes handicapées, cela reposerait sur des bases plus réalistes. Il y a une bonne partie de la population non âgée d'une province qui est handicapée au cours d'une année donnée. Un tableau le montre à la page 8 de notre document.

Nous parlons ensuite des comptes d'épargne-santé, les CES. Ils pourraient présenter plusieurs avantages. Par exemple, ils offriraient un partage du contrôle, ce que beaucoup de gens apprécient. Néanmoins, cela pourrait être absolument catastrophique pour les gens qui ont de gros besoins médicaux. Nous donnons quelques exemples des torts que les CES causeraient à certains groupes de gens.

La conversion des transferts pécuniaires du TCSPS en points d'impôt entraînerait la fin des discussions fédérales-provinciales sur la santé. Cela veut dire que le gouvernement fédéral se désisterait complètement de la santé. Nous faisons également valoir dans notre mémoire, qu'il est important pour la santé et le bien-être des Canadiens que le gouvernement fédéral continue à jouer un rôle dans la recherche, la promotion de la santé et le reste. Il est peu probable que les provinces puissent remplacer le gouvernement fédéral s'il se retire.

Votre comité a proposé des méthodes visant à générer de nouvelles recettes pour la santé. Toutefois, les personnes handicapées ont des revenus moins importants et sont donc moins en mesure de payer, soit par l'entremise du régime fiscal, soit directement. Une forme de cofinancement, de préférence un régime d'assurance dont le coût serait faible et uniforme et ne tiendrait pas compte de la valeur des services consommés, allégerait le fardeau des personnes qui doivent faire de grosses dépenses pour leur santé et serait sans doute jugé plus équitable.

Les personnes handicapées accueilleraient favorablement un régime d'assurance-médicaments. Je vous exhorte toutefois à en faire bénéficier les personnes qui ne touchent pas les prestations d'aide sociale. Les personnes handicapées qui ont un faible revenu sont dissuadées de rester sur le marché du travail parce que bien souvent, elles n'ont pas d'assurance-médicaments contrairement aux associés sociaux. De nombreuses personnes handicapées se réjouiraient de la mise en place d'un programme d'assurance-médicaments; cela leur permettrait de participer davantage à la vie sociale et économique du pays au lieu de dépendre de l'assistance sociale.

**Mme Cheryl Gulliver, présidente, Association canadienne pour l'intégration communautaire:** Honorables sénateurs, l'Association canadienne pour l'intégration communautaire estime que tous les Canadiens devraient vivre dans la dignité, qu'ils soient vulnérables ou non. Je suis accompagnée aujourd'hui de ma fille Margot. Je ne vous dirai pas mon âge, mais je peux vous dire qu'elle a 30 ans. Cela fait 30 ans que nous vivons ensemble et que nous nous battons avec fierté pour les droits humains et l'égalité. De l'autre côté se trouve Connie Laurin-Bowie, une analyste politique. Elle m'aide à donner un sens à mon action.

I will ask Ms Laurin-Bowie to speak next.

**Ms Connie Laurin-Bowie, Executive Director, Canadian Association for Community Living:** Thank you for the opportunity to speak to the committee today.

The Canadian Association for Community Living is a national federation of 13 provincial and territorial associations across the country. We have over 400 local associations. We advocate for people who have an intellectual disability and for their families.

Our central mandate is to support families in building communities that are inclusive. For people who have a disability, that means that we create systems in our communities that allow them to participate in school, in work and throughout their lives in different capacities.

We have worked for many years to distinguish the issues of disability from health, and I think only recently have understood the significance of the need to continue to deal with the issues of access to health. For people who have a disability, I think that there is a sense in this country, and particularly for people who live outside of this country, that disability is an issue that is dealt with through our health care system and therefore is well treated in Canada.

In fact, the stories from families and from individuals who themselves have a disability is very different. You will have received a copy of *Our Lives, Our Voices*, a document that is a series of stories from families across the country. I do not have a copy in my hands, but it is red and has a picture of families on the front of it. The stories that families tell are quite complex, and not all of them focus on particular health care needs. However, if you take a quick glance through those stories, it will become very apparent that the issues of health in their lives are intricately connected to every other aspect of their lives. It means that if your health care needs are not met, then, in fact, you cannot work. If you have a family member who has a disability, likely one or both heads of the household have left the work environment to care for that person. The document details some of the impacts and the statistical information about those impacts on the economic well-being and the health status of people who have a family member with a disability, and on and on.

We looked through the committee report and were quite alarmed, probably by two things. The first is the complete absence in the report of the issue of disabilities, and so we particularly appreciate an opportunity to bring our perspective today. The second involves the implications of many of the directions the report seems to be considering, for people who are vulnerable and particularly for people who have a disability, because of their vulnerability. Take for example the notion of user fees for those who have a disability or for families who have a member with a disability; those are really problematic directions, given the income potential in those families.

Having said that, we go back to the motivation for examining some of those options and understand very clearly that the committee is concerned about the sustainability of the health care

Je vais lui demander de prendre la parole.

**Mme Connie Laurin-Bowie, directrice administrative, Association canadienne pour l'intégration communautaire:** Je vous remercie de nous avoir invitées à prendre la parole devant le comité.

L'Association canadienne pour l'intégration communautaire est une fédération nationale de 13 associations provinciales et territoriales des quatre coins du pays. Nous comptons plus de 400 associations locales. Nous défendons les intérêts des déficients intellectuels et de leurs familles.

Notre mission consiste principalement à aider les familles à bâtir des collectivités inclusives. Pour les personnes handicapées, cela veut dire que nous créons au sein de nos collectivités des systèmes qui leur permettent d'aller à l'école, de travailler et de participer à la vie communautaire à divers titres.

Pendant des années, nous nous sommes efforcés de faire comprendre la distinction entre l'invalidité et la santé et c'est seulement récemment, je crois, que nous avons compris la nécessité de continuer à nous battre pour l'accès aux services de santé. Les Canadiens ont l'impression, et c'est surtout vrai pour les gens qui vivent à l'étranger, que notre système de soins de santé s'occupe des personnes handicapées et que ces dernières sont donc bien traitées au Canada.

En fait, les familles et les personnes handicapées vous raconteront une histoire bien différente. Vous avez dû recevoir un exemplaire de *Our Lives, Our Voices*, un document qui relate l'histoire de plusieurs familles d'un peu partout au Canada. Je n'en ai pas d'exemplaire sous la main, mais il est rouge et des photos de familles sont sur la couverture. Les histoires que racontent ces familles sont assez complexes et elles ne portent pas toutes sur les besoins médicaux. Mais si vous les parcourez rapidement, vous verrez vite que la santé est reliée de près à tous les autres aspects de leur vie. Cela veut dire que si vos besoins sur le plan de la santé ne sont pas satisfaits, vous ne pouvez pas travailler. Dans une famille où il y a une personne handicapée, il est probable qu'au moins un des conjoints a dû quitter son travail pour prendre soin de cette personne. Ce document décrit certaines des conséquences de cette situation et fournit des données statistiques quant à ses effets sur le bien-être économique et l'état de santé des gens dont un membre de la famille est handicapé.

Nous avons examiné le rapport du comité et deux choses nous ont inquiétés. Il y a d'abord le fait que le rapport ne fait aucune mention des personnes handicapées et c'est pourquoi nous apprécions particulièrement la possibilité de vous parler aujourd'hui. Il y a ensuite les conséquences qu'un grand nombre des options que le rapport semble envisager pourraient avoir pour les personnes vulnérables, et surtout pour les personnes handicapées, en raison de leur vulnérabilité. Prenez par exemple le principe du ticket modérateur pour les personnes qui ont un handicap ou les familles dont l'un des membres est handicapé; ce sont là des options très problématiques étant donné le potentiel de revenu de ces familles.

Cela dit, si nous examinons certaines des raisons pour lesquelles ces options sont envisagées, nous comprenons parfaitement que le comité se soucie de la viabilité du système de soins



system in this country. With that in mind, we have something to contribute in our own experience, which is the experience of people who lived in institutions for many years in this country. Because disability was seen for many years as a medical issue, the treatment and care of those people tended to take place in institutions. Our view is that in order to truly address the needs of people with a disability, and therefore all others in Canada, we need to develop health care systems that are integrated in our lives. That means taking responsibility from institutional health care into community in a whole number of ways. It may mean being quite revolutionary in the way we look at health in our communities.

For example, families who have children with disabilities may benefit more from having some health care support in a school than they would by having to leave the school to go to a hospital or a consultation in a doctor's office. There are many ways we have not even begun to explore that we might be able to integrate our health needs and health issues in our communities.

Our report does not detail many of those recommendations but it does detail the vulnerability of people. Before I hand it over to Cheryl and Margot to detail in a more personal and concrete way the implications of our current health care system and of future proposals for health care, I would say that our experience in many policy discussions has been that disability is often forgotten in the initial discussions of reform of any particular system. The tendency when the realization occurs that without any intention those people have been excluded is to create a separate kind of answer for those issues affecting people with a disability. That simply does not serve the purposes of people with a disability nor our systems as a whole. We need to consider those who are vulnerable in the design and basic philosophy of anything we do in this country, and particularly in health care.

With that, I will let Cheryl and Margot give you a little more precision.

**Ms Gulliver:** I want to talk to you about our experience 30 years ago when Margot was born. My father and mother, who were small-business people, taught me that we take care of our own in Canada. We did not complain about our taxes. We whined a little bit, but we did not look for any large loopholes because we believed we were a very fortunate family living in Canada. We were very proud of who we were and what we stood for. With that in mind, I got married, and I taught my children the same things because I really do believe that.

Thirty years ago, Margot was born at six o'clock in the morning and was operated on before noon. She was born with spina bifida. That was the first of 14 operations we have faced over the years. You have to understand that Margot is not sickly. She has never had the measles; she has never had the mumps. She gets the odd cold, but that is about it. She has also spent a total of six years in hospital, whether that is right or wrong.

de santé. Dans cet esprit, nous pouvons vous faire profiter de notre propre expérience, celle de gens qui ont vécu dans des établissements pendant de nombreuses années. Étant donné que, pendant bien longtemps, l'invalidité a été considérée comme un problème médical, on avait tendance à traiter et à soigner les personnes handicapées dans des établissements. À notre avis, pour vraiment répondre aux besoins des personnes handicapées et, du même coup, de tous les autres Canadiens, nous devons mettre en place des systèmes de soins de santé qui sont intégrés dans notre vie. Cela veut dire qu'il faut transférer, au niveau communautaire, et cela de diverses façons, les responsabilités assumées par les établissements de soins. Cela peut nous forcer à concevoir la santé dans une optique entièrement nouvelle.

Par exemple, les familles qui ont des enfants handicapés peuvent trouver plus avantageux d'obtenir certains services de santé à l'école que d'avoir à quitter l'école pour se rendre à l'hôpital ou chez le médecin. Il existe de nombreuses solutions, que nous n'avons pas encore commencé à explorer et qui pourraient permettre de répondre à nos besoins de santé au sein de la collectivité.

Notre rapport ne décrit pas en détail ces nombreuses recommandations, mais il fournit des précisions sur la vulnérabilité des gens. Avant de céder la parole à Cheryl et à Margot qui vous expliqueront de façon plus personnelle et plus concrète les conséquences du système de soins de santé actuel et les propositions pour l'avenir, je dirais que, d'après ce que nous avons constaté, de nombreuses discussions sur la réforme d'un système laissent souvent de côté la question des personnes handicapées. Quand on se rend compte que ces personnes ont été exclues par inadvertance, on a tendance à chercher une solution distincte pour répondre à leurs besoins. Cela ne sert tout simplement pas les intérêts des personnes handicapées ni ceux du système de soins de santé. Il faut tenir compte des personnes vulnérables dans tout ce que nous faisons au Canada, surtout dans le domaine de la santé.

Sur ce, je vais laisser Cheryl et Margot vous apporter un peu plus de précisions.

**Mme Gulliver:** Je voudrais vous parler de l'expérience que nous avons vécue, il y a 30 ans, lorsque Margot est née. Mon père et ma mère, qui avaient une petite entreprise, m'ont appris que notre gouvernement prenait soin de sa population. Nous avions l'habitude de payer nos impôts sans regimber. Nous n'étions pas toujours contents, mais nous ne cherchions pas de grosses échappatoires parce que nous pensions que notre famille avait beaucoup de chance de vivre au Canada. Nous étions très fiers de qui nous étions et des idées que nous défendions. Dans cet esprit, je me suis mariée et j'ai inculqué les mêmes valeurs à mes enfants parce que j'y croyais vraiment.

Margot est née il y a 30 ans, à 6 heures du matin, mais avant midi, elle subissait une intervention chirurgicale. Elle est née avec le spina bifida. Cette opération était la première des 14 interventions qu'elle a subies au cours des années. Comprenez bien que Margot n'est pas malade. Elle n'a jamais eu la rougeole ni la rubéole. Elle a un rhume de temps en temps, mais c'est tout. Elle a quand même passé six années en tout à l'hôpital, à tort ou à raison.

I have always felt a personal obligation to be with my children. When we got married, my husband decided that my role was to be with my children. Therefore, I want to thank you for the \$45.63 per month I receive from CPP, at 65. I have not worked outside the home, but I have enjoyed doing what I have done. It has not been an obligation. I love what I have done with my children and husband and others.

I am now a member of the sandwich generation. My father has had a stroke. He lives with my sister, who has cancer. We have Margot, plus all this extended family. I am only one of two. It never dawns on us that you owe us anything, either the federal government or the provincial government. What I feel very strongly about is what I referred to at the beginning — I want a safety net. I want a hand up. I want a level playing field. After 30 years of marriage, I have no income other than support payments, and I have no future for a job. I have diabetes; I also have a disability because I have lost my toe. I also have a very pretty stick that I can hit you with.

All I want to do is be a good Canadian, contribute where I can and have you do the same.

There were days when Margot went to school, but there was no way I could work because the school might call me for attendant care, medication, anything of that nature. I have no rewards, other than beautiful children. That was enough until I turned 60; it does not look quite so exciting at \$45.63 a month.

Margot is a delightful young woman, who can speak well for herself. If she wanted to be independent of me, she would have to live next door; we would have to spend \$1,500 a month on a mortgage or rent. We do not see that as being feasible at this point in time.

I want her to share with you her feelings of vulnerability. Give my daughter and me a safety net so that when I die it is okay.

I am a good Canadian, and I love Mr. Kirby. He shared morning breakfasts with me for I do not know how many years on Thursdays, he and the boys.

Margot?

**Ms Margot Easton:** In looking to the future, it is actually quite scary, because I have my mom and I have some friends. Basically, however, my supports come from my mother, and if something ever happened to her, where would I be?

**Ms Gulliver:** Do you want me to help you, hon?

**Ms Easton:** No.

**Ms Gulliver:** Okay. I have been told.

**Ms Easton:** I have some family and friends. Mom and I have gone through 30 years of pain.

**Ms Gulliver:** Sometimes.

**Ms Easton:** There is some good. Understand, now, that I am going to live until I am at least 100, so you cannot go until you are 150.

J'ai toujours ressenti l'obligation personnelle de m'occuper de mes enfants. Quand nous nous sommes mariés, mon mari a décidé que je devais rester à la maison avec mes enfants. Je tiens donc à vous remercier pour les 45.63 \$ par mois que je reçois du RPC, à 65 ans. Je n'ai pas travaillé à l'extérieur de la maison, mais j'ai aimé la vie que j'ai menée. Ce n'était pas une obligation. J'aime énormément la vie que j'ai eue avec mes enfants, mon mari et les autres gens.

Je fais partie de la génération prise en sandwich. Mon père a eu une attaque. Il vit chez ma soeur, qui a le cancer. Nous avons Margot, plus toute la famille étendue. Je n'ai qu'une soeur. Je n'ai jamais pensé que le gouvernement fédéral ou le gouvernement provincial nous devait quoi que ce soit. Ce dont je suis convaincue et dont j'ai parlé au départ c'est que j'ai besoin d'un filet de sécurité. Je veux un coup de main. Je veux me retrouver sur un pied d'égalité. Au bout de 30 ans de mariage, je n'ai d'autre revenu que mes prestations et je n'ai aucun espoir d'obtenir un emploi. J'ai le diabète et j'ai également un handicap, car j'ai perdu mon orteil. J'ai aussi une assez grosse canne avec laquelle je pourrais vous frapper.

Je veux seulement être une bonne citoyenne, faire ce que je peux pour aider les autres et vous demander d'en faire autant.

Lorsque Margot allait à l'école, je ne pouvais pas travailler parce que l'école pouvait m'appeler à tout moment pour m'occuper d'elle, lui donner ses médicaments ou faire des choses de ce genre. Je n'ai rien d'autre que de beaux enfants. Cela m'a suffi jusqu'à l'âge de 60 ans, mais ma situation ne me paraît pas très rose avec 45.63 \$ par mois.

Margot est une délicieuse jeune femme, qui peut très bien parler en son propre nom. Si elle voulait son indépendance, il faudrait qu'elle aille vivre à côté ce qui nous coûterait 1 500 \$ par mois pour une hypothèque ou un loyer. Ce n'est pas possible pour le moment.

Je veux vous faire comprendre à quel point elle se sent vulnérable. Accordez une protection sociale à ma fille et moi-même afin que je puisse mourir en paix.

Je suis une bonne Canadienne et j'aime beaucoup M. Kirby. Les garçons et lui ont pris le petit déjeuner avec moi le jeudi matin pendant je ne sais combien d'années.

Margot?

**Mme Margot Easton:** L'avenir me fait peur, parce que je n'ai que ma mère et quelques amis. C'est surtout ma mère qui me fait vivre et si quelque chose lui arrivait, qu'est-ce que je deviendrai?

**Mme Gulliver:** Veux-tu que je t'aide, ma chérie?

**Mme Easton:** Non.

**Mme Gulliver:** Très bien, j'obéis.

**Mme Easton:** J'ai quelques parents et amis. Maman et moi souffrons depuis 30 ans.

**Mme Gulliver:** Parfois.

**Mme Easton:** Il y a aussi quelques bons moments. Comprends bien que je vais vivre au moins jusqu'à 100 ans et que tu ne peux donc pas partir avant d'avoir 150 ans.



**Ms Gulliver:** We just added 30 years to my father's life, because he is not going without me.

**Ms Easton:** It scares me that our health care system is somewhat falling apart. We used to be comfortable going into hospitals. We always felt comfortable and safe and that people would be listening to us and understand our needs.

It just does not seem to be there anymore. I am scared because I am my own best advocate sometimes, but when we go into doctors' offices it is like I draw a blank, and mom is there to say to me: "You need to talk to him about whatever." I would say, "Oh, yes."

Where are we going to go? I can speak for myself, but there are other people who do not have speech such as I do. They do not have an advocate who can speak for them and look after them and be there to tell them that everything is going to be okay.

**Ms Gulliver:** You have to understand that Margot and I have hung out together for a long time, and it is not a hardship for me in any way. We fought the good fight. We are comfortable with one another. In the hospital file, it says: "Delightful young woman. Beware of killer mother." That will be there time and time again.

If you are vulnerable, call me, because I will not let you face the hospital alone.

**Ms Easton:** I just want to add one more thing. I have never had problems before in health because we were comfortable. I look back now. My nephew, who is not even two yet — I look at what he will have to face as he gets older. I am scared for him because if we do not put a good system in place now, it will hurt our future generations. Where will they be?

**Ms Gulliver:** My nephew's name is Connor, but we call him "Roo." If Connor was with us today, he would be right here. He is 19 months old, and he sits behind Margot and looks at the world and is taken places, because I cannot handle, obviously, a stroller and a chair. He just sits up there like: "Okay, world, here I am."

**Ms Easton:** And he is the boss.

**Ms Gulliver:** Unfortunately. Can you tell?

Thank you for your time. We appreciated you listening. If we did not have it dead on, at least you know how we feel about what is happening in our lives and the impact you are having. Thank you from us all.

**The Deputy Chairman:** Thank you, Cheryl and Margot. That was compelling evidence. I would say you hit it dead on.

We will turn now to Mr. Hurley, who is the President of Medtronic.

**Mr. Donald A. Hurley, President, Medtronic:** Thank you very much for allowing me to speak to this committee. Just a few words about Medtronic. Medtronic is the world's leading technology company. We sell to 120 countries in the world, and our sales amount of \$6 billion. We spend more than 11 per cent of that in research and development.

**Mme Gulliver:** Nous venons de prolonger de 30 ans la vie de mon père, parce qu'il ne doit pas partir sans moi.

**Mme Easton:** Je trouve inquiétant de voir notre système de soins de santé tomber en morceaux. Avant, nous n'avions pas peur d'aller à l'hôpital. Nous nous sentions toujours en sécurité et les gens étaient prêts à nous écouter et à comprendre nos besoins.

Il semble que ce ne soit plus le cas. J'ai peur parce que je suis parfois la mieux placée pour défendre mes propres intérêts, mais quand nous allons chez le médecin, je ne suis plus capable de penser et ma mère est là pour me dire: «Tu dois lui parler de telle ou telle chose». Je lui réponds: «Oh oui!».

Où allons-nous aller? Je suis en mesure de m'exprimer, mais il y a d'autres gens qui ne peuvent pas le faire. Ils n'ont personne pour parler en leur nom, pour prendre soin d'eux et leur dire que tout ira bien.

**Mme Gulliver:** Comprenez bien que Margot et moi sommes ensemble depuis longtemps et que ce n'est plus du tout difficile pour moi. Nous nous sommes battues. Nous sommes à l'aise l'une avec l'autre. Dans son dossier d'hôpital on a inscrit: «Délicieuse jeune femme mais méfiez-vous de la mère». Ce sera comme ça encore longtemps.

Si vous êtes vulnérable, appelez-moi, car je ne vous laisserai pas affronter l'hôpital tout seul.

**Mme Easton:** Je voudrais ajouter une chose. Je n'ai jamais eu de problèmes de santé avant, parce que nous étions à l'aise. Je me demande quel avenir attend mon neveu, qui n'a pas encore deux ans, lorsqu'il sera plus vieux. J'ai peur pour lui, car si nous ne mettons pas un bon système en place maintenant, ce sera aux dépens de la génération future. Que leur apportera l'avenir?

**Mme Gulliver:** Mon neveu s'appelle Connor, mais nous l'appelons «Roo». Si Connor était avec nous aujourd'hui, il serait là. Il est âgé de 19 mois et il s'assoit derrière Margot et c'est ainsi que nous le promenons, car je ne peux évidemment pas pousser à la fois une poussette et un fauteuil. Il s'assoit là près à affronter le monde.

**Mme Easton:** Et c'est lui qui commande.

**Mme Gulliver:** Malheureusement. Qu'est-ce que vous voulez?

Je vous remercie de votre temps. Nous vous remercions de nous avoir écoutées. Si nous n'avons pas réussi à vous convaincre, vous savez au moins ce que nous pensons de notre situation et de ses répercussions. Merci à tous.

**La vice-présidente:** Merci, Cheryl et Margot. C'était un témoignage très convaincant. Vous nous avez convaincus.

Je vais maintenant donner la parole à M. Hurley, le président de Medtronic.

**M. Donald A. Hurley, président, Medtronic:** Merci beaucoup de m'inviter de prendre la parole devant le comité. Juste quelques mots au sujet de Medtronic. Medtronic est la plus grande entreprise de technologie mondiale. Nous vendons nos produits dans 120 pays du monde et notre chiffre d'affaires s'élève à 6 milliards de dollars. Nous en consacrons plus de 11 p. 100 à la R-D.

We employ 200 people in Canada. We have a state-of-the-art facility that manufactures pacemakers and, more recently, a new product called "Reveal," an implantable loop recorder, invented by a Canadian doctor. We now manufacture that in Canada for the world, so we are on the global scene.

Our sales in Canada exceed \$150 million annually, including \$20 million worldwide. We are one of the few Canadian manufacturers of implantable medical device, and we are exporting on a worldwide basis.

I should like to comment on the options in your report.

Because of underfunding issues, Canada needs a form of two-tier health care system, especially for those who can afford to pay for it, so that we can afford to have health care for both those who can and cannot.

At Medtronic, I am responsible for 55 countries. I can tell you that waiting lists in Canada are a lot longer than they are anywhere else in the world. An individual has to wait anywhere from three to six months or longer for open-heart surgery, and up to 24 months for hip replacement. That is not state of the art in terms of health care.

We can compare Canada to other countries in terms of procedures per million population. I do not intend to go through them all; I shall just give you one example. There are further details available in the information I have left with you. When we compare ourselves to the top 12 developed countries in the world as to procedures per million, we are lower than most of them. Let's take implantable defibrillators as an example. We do 46 of these procedures per million population in Canada; the U.S. does 212 per million population; and Germany does 80 per million population.

Lack of funding is not the only factor involved. At issue as well is the fact that the technology being used in Canada is not the latest technology in the world, given the regulatory hurdles in Canada.

We have waiting lists. Our procedures per million are getting lower. The provinces are spending in excess of 40 per cent of their budgets on health. There has to be some form of two-tier health care systems.

As outlined in your report, Canada is at the bottom third of OECD countries in terms of availability of health care technology. For example, we are number 17 in the world for MRIs per million population, right behind Turkey, and that is not the latest state of the art.

Our industry faces regulatory constraints that do not allow us to introduce products that are introduced everywhere else in the world. That, of course, leads to a lot of things. We are a high-tech company where we prove that our products are efficacious and more cost-saving than the existing technologies. The difficulty is

Nous employons 200 personnes au Canada. Nous avons des installations à la fine pointe de la technologie qui fabriquent des stimulateurs cardiaques et, depuis plus récemment, un nouveau produit appelé «Reveal», un enregistreur d'électrocardiogramme implantable inventé par un médecin canadien. Nous le fabriquons au Canada et nous l'exportons dans le monde entier si bien que nous sommes sur la scène mondiale.

Notre chiffre d'affaires annuel au Canada dépasse 150 millions de dollars, dont 20 millions de ventes sur le marché mondial. Nous sommes l'un des rares fabricants canadiens de dispositifs médicaux implantables et nous exportons nos produits dans le monde entier.

Je voudrais parler des options que vous proposez dans votre rapport.

À cause du sous-financement, le Canada a besoin d'un système de soins de santé parallèle, surtout pour ceux qui n'ont pas les moyens de payer afin que nous puissions offrir des soins à la fois à ceux qui peuvent payer et à ceux qui n'en ont pas les moyens.

En tant que président de Medtronic, je suis responsable de 55 pays. Je peux vous dire qu'au Canada les listes d'attente sont beaucoup plus longues que partout ailleurs dans le monde. Il faut attendre de trois à six mois ou même plus longtemps pour une chirurgie à cœur ouvert et jusqu'à 24 mois pour le remplacement de la hanche. Ce n'est pas ce qu'il y a de mieux.

Nous pouvons comparer le Canada aux autres pays en ce qui concerne le nombre d'interventions par million d'habitants. Je n'ai pas l'intention de vous donner une liste complète. La documentation que je vous ai remise contient davantage de précisions. Lorsque nous nous comparons aux 12 principaux pays industrialisés du monde pour ce qui est du nombre d'interventions par million d'habitants, nous arrivons derrière la plupart d'entre eux. Prenons les défibrillateurs implantables, par exemple. Nous faisons 46 de ces interventions par million d'habitants au Canada contre 212 aux États-Unis et 80 en Allemagne.

Le manque de financement n'est pas le seul facteur en cause. Il y a aussi le fait que la technologie utilisée au Canada n'est pas la plus récente qui soit à cause des obstacles que dresse la réglementation canadienne.

Nous avons des listes d'attente. Le nombre d'interventions par million d'habitants est en baisse. Les provinces consacrent plus de 40 p. 100 de leur budget à la santé. Il faut mettre en place une forme quelconque de systèmes de soins de santé à deux vitesses.

Tel qu'indiqué dans votre rapport, le Canada se place dans le dernier tiers des pays de l'OCDE pour ce qui est de la disponibilité de la technologie médicale. Par exemple, nous arrivons au 17<sup>e</sup> rang pour le nombre de IRM par million d'habitants, juste derrière la Turquie, et nous n'avons pas les machines les plus perfectionnées.

Notre industrie doit faire face à une réglementation qui ne lui permet pas de mettre en marché des produits adoptés partout ailleurs. Cela a, bien entendu, de nombreuses conséquences. Nous sommes une entreprise de haute technologie qui peut démontrer que ses produits sont efficaces et plus économiques que la



that you cannot get the new technology reimbursed in the system the way it is today. We are falling behind other countries.

We are the only country in the top 12 developed countries of the world that does not have a form of two-tier health care system in the hospital part of our economy. Of the \$100 billion spent on health care, yes, \$35 billion dollars of that is for two-tier health care systems, but the part that is in the hospitals is 100 per cent one-tier socialized medical system. The rest of the world is a combination of both. My question to the committee is this: Are we right and the other 11 countries wrong, or is there something in between that we should be doing to sustain the health care system?

As you know, there are many doctors leaving this country because of the underfunding. I will give you just one example. Canada has 60 electrophysiologists, people specialized in dealing with the electronics of the heart. There are 60 electrophysiologists in Philadelphia alone, as an example.

**The Deputy Chairman:** And how many did you say there are in Canada?

**Mr. Hurley:** Sixty in the whole country.

**Ms Gulliver:** Sixty in Philadelphia.

**Mr. Hurley:** Hence, Canada faces underfunding and a very slow regulatory environment, — both of which lead to cost-recovery problems. It will cost our company at least \$500,000 this year to get products released, and at a slower pace than they were before. We have been in Canada for almost 35 years. We have invested a lot in R&D. We export products: we create jobs in Canada. Canada needs a form of two-tier health care. The Canada Health Act fosters this dilemma even further. Under the act, all Canadians are supposed to get access to all these new technologies. However, because of underfunding, people are not able to get these new technologies.

The problem compounds itself because under the Canada Health Act one is not able to pay for these on one's own.

There are 2,000 people in Canada waiting for deep-brain stimulation for Parkinson's. One hundred and sixty are receiving this technology. This device will cost the health care system \$50,000 over five years. On the other hand, not to implant one will cost the system \$500,000 over that five years.

Hence, even though we prove from an industry point of view that it is more cost-effective to implant one of these devices, it is not happening. And it is not happening because there are three silos. One is the hospital budget, one is the home health care budget, and one is the pharmacy budget. They never talk to each other. Therefore, people are not getting the more cost-effective technology.

Canada needs to harmonize with other countries. Other countries are getting approval of medical technology well in advance of us. Conversely, we are becoming more restrictive.

technologie existante. Le problème, c'est que le système actuel ne permet pas de rembourser cette nouvelle technologie. Nous sommes en retard par rapport aux autres pays.

Le Canada est le seul des 12 principaux pays industrialisés à ne pas avoir un système de soins de santé parallèle pour le secteur hospitalier. Sur les 100 milliards de dollars qui sont consacrés à la santé, les systèmes de santé à deux vitesses représentent 35 milliards de dollars, mais les hôpitaux se retrouvent entièrement dans un système médical socialisé à une seule vitesse. Les autres pays ont une combinaison des deux. Je pose donc au comité la question suivante: Avons-nous raison tandis que les autres pays ont tort ou devrions-nous mettre en place une solution intermédiaire pour soutenir notre système de soins de santé?

Comme vous le savez, de nombreux médecins quittent le Canada à cause du sous-financement. Je vais simplement vous donner un exemple. Le Canada a 60 électrophysiologistes, les spécialistes de l'électronique cardiaque. Il y a 60 électrophysiologistes rien qu'à Philadelphie, par exemple.

**La vice-présidente:** Et combien avez-vous dit qu'il y en avait au Canada?

**M. Hurley:** Soixante pour tout le pays.

**Mme Gulliver:** Soixante à Philadelphie.

**M. Hurley:** Le Canada doit donc faire face au problème du sous-financement et de la lenteur de la réglementation, deux facteurs qui nuisent au recouvrement des coûts. Notre entreprise devra déboursier cette année au moins 500 000 \$ pour mettre ses produits en marché et cela à un rythme plus lent qu'avant. Nous sommes établis au Canada depuis près de 35 ans. Nous avons investi énormément dans la R-D. Nous exportons nos produits: nous créons des emplois au Canada. Le Canada a besoin d'un système de santé à deux vitesses. La Loi canadienne sur la santé aggrave encore davantage la situation. Elle prévoit que tous les Canadiens doivent avoir accès à toutes ces nouvelles technologies, mais ce n'est pas le cas, à cause du sous-financement.

Le problème s'aggrave du fait que la Loi canadienne sur la santé ne permet pas à un malade de payer lui-même ce genre de soins.

Il y a au Canada 2 000 personnes qui attendent une stimulation cérébrale profonde pour la maladie de Parkinson. Cent soixante d'entre elle bénéficient de cette technologie. Ce dispositif coûtera au système de soins de santé 50 000 \$ sur cinq ans. Par contre, s'il n'est pas implanté, c'est 500 000 \$ que cela coûtera sur cinq ans.

Par conséquent, même si nous pouvons démontrer qu'il est plus rentable d'implanter un de ces dispositifs, ce n'est pas fait. Et ce n'est pas fait, parce qu'il y a trois compartiments différents. Le premier est le budget des hôpitaux, le deuxième le budget des soins de santé à domicile et le troisième le budget des médicaments. Il n'y a aucune communication entre eux. Pour cette raison, les gens n'obtiennent pas la technologie la plus rentable.

Le Canada doit s'aligner sur les autres pays. Les autres pays approuvent la technologie médicale bien avant nous. Nous devenons même plus restrictifs, ce qui se répercute sur notre

which is affecting our industry and affecting the latest technology available for this country, technology that is cheaper and more cost-effective, not technology else that going to be more costly to the health care system.

In a society where there is a lack of funding or unwillingness to assume access to the latest diagnostic and therapeutic technologies, the patients must be allowed to choose. There has to be a form of two-tier health care system to make this happen.

In summary, we as an industry see the future of Canada's health care system as dependent on the willingness of governments and individuals to face the truth that medicare as it currently exists is underfunded and is not sustainable over the long term. New policies are needed to introduce more money and to facilitate more efficient service delivery. In so doing, we will enhance, not decrease, patient access to treatment and improve overall quality of care.

Thank you very much for the opportunity to talk with this committee. I would encourage the committee to come and visit our facilities, one of the latest state-of-the-art robotic assembly manufacturing facilities in the world.

By the way, it is only because of the robotics that we are in Canada. The efficiencies of manufacturing and doing research in this country are not there like they are in most countries. We have found a way to be more cost-effective because of robotics. That is why we have manufacturing and research in this country. Thank you very much.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much, Mr. Hurley, and thank you for the invitation. I would urge some of my colleagues to take you up on it.

We will now hear from the Canadian Association for Fifty-Plus.

**Ms Morgenthau:** I am the President and founder of CARP.

**The Deputy Chairman:** I was on a committee several years ago when you presented. You impressed me then and I am sure you will do the same now.

**Ms Morgenthau:** CARP is a non-profit organization with over 400,000 members aged 50 and older. We have a magazine that goes to over a million Canadians. We have a far-reaching association, one that does many good things.

We do not carp; we recommend. We have a very definite way of helping government do the things that people over 50, and even children, need.

I would ask the committee to review the materials we have left with you. There is a lot to go through, so take your time.

Before I begin my presentation, I wish to ask the following questions: What is the relationship between this committee and the Romanow commission? We will be presenting to them also. I presume you will cooperate with each other, so as not to have different attitudes when you each report your findings and recommendations.

secteur et sur la technologie de pointe, une technologie moins coûteuse et plus rentable que la vieille technologie qui coûtera plus cher au système de santé.

Dans une société qui manque d'argent ou qui n'est pas prête à donner accès aux technologies de diagnostic et de traitement les plus récentes, il faut au moins laisser le choix aux patients. Il faut pour cela mettre en place un système de santé à deux vitesses.

En résumé, nous croyons que, pour que le système canadien de soins de santé puisse survivre, il faudra que les gouvernements et les citoyens se rendent compte que l'assurance-maladie est sous-financée et n'est pas viable à long terme. Il faut mettre en place de nouvelles politiques pour accroître le financement et faciliter une prestation plus efficace des services. Ce faisant, nous améliorerons au lieu de diminuer l'accès des patients aux traitements en plus d'améliorer la qualité des soins en général.

Je vous remercie de m'avoir donné la parole. Je vous invite à venir visiter nos installations, l'une des usines de fabrication robotisée les plus modernes au monde.

Je signale en passant que c'est seulement à cause de la robotique que nous sommes établis au Canada. Le Canada n'a pas les mêmes avantages que la plupart des autres pays sur le plan de la fabrication et de la recherche. Nous avons trouvé un moyen d'être plus rentable grâce à la robotique. Voilà pourquoi nous avons des activités de fabrication et de recherche au Canada. Merci de votre attention.

**La vice-présidente:** Merci beaucoup, monsieur Hurley, et merci pour votre invitation. J'exhorte certains de mes collègues à vous prendre au mot.

Nous allons maintenant entendre la Canadian Association for Fifty-Plus.

**Mme Morgenthau:** Je suis la présidente et la fondatrice de CARP.

**La vice-présidente:** Je faisais partie d'un comité devant lequel vous avez témoigné il y a plusieurs années. Vous m'aviez impressionnée et je suis certaine que vous en ferez encore autant.

**Mme Morgenthau:** CARP est un organisme sans but lucratif qui regroupe plus de 400 000 membres âgés de 50 ans et plus. Nous publions un périodique qui est lu par plus d'un million de Canadiens. Notre association a de vastes ramifications et fait beaucoup de choses positives.

Nous formulons des recommandations. Nous avons une façon bien précise d'aider le gouvernement à faire les choses dont les gens âgés de plus de 50 ans ont besoin, et même les enfants.

Je demanderais au comité de bien vouloir examiner la documentation que je lui ai remise. Comme elle est volumineuse, prenez votre temps.

Avant de commencer, je voudrais soulever les questions suivantes: Quel est le rapport entre votre comité et la Commission Romanow? Nous devons également témoigner devant elle. Je suppose que vous allez coopérer ensemble de façon à être sur la même longueur d'ondes lorsque vous ferez rapport de vos conclusions et de vos recommandations.



Our presentation will limit itself to some of the issues raised in the committee's interim report. We support the committee's request for a non-ideological discussion on health care. The discussion should focus on what is in the best interest of the Canadian public.

The first time my economy professor walked into our classroom, he said, "Ladies and gentlemen, everything, but everything, is based on economics." We cannot do that here. Health care is not a matter of economics. Economics is part of it, but we also have to look at health care as a moral issue.

The debate over any changes in our health care system should not be driven solely by financial and legalistic consideration. Fairness, what is morally and ethically correct, and the impact on the overall health and economic competitive nature of the nation should also be taken into consideration.

We are pleased that the committee acknowledged the myth of age as a major cost-driving factor in health care. Indeed, ageing will not have a truly great impact on increasing the cost of health care until 50 or 60 years from now, when the baby-boomers start to die. As we know, the greatest increase in health care costs are during the last six months of life. By then, new cures, techniques and technology will undoubtedly change the nature of health care.

More than 100,000 North Americans are 100-plus years of age. This is good, and this is bad — good because we are going to get up there; bad because we are going to cost the system. What the committee does today will affect tomorrow. Therefore, no precipitous or irreversible action needs to be taken immediately in order to maintain the long-term sustainability of health care.

CARP endorses the committee's observations that health is not just another commodity, rather that health care is different from other goods and services for reasons the committee has already identified.

CARP agrees with the committee that the current publicly funded single-tiered health care system shapes Canadians' definition of themselves. In particular, in contrast to our southern neighbour, Canadians have created a unique, made-in-Canada health system based on a collective sense of community rather than on individualism. If this system and the philosophy it is based on are eroded, destroyed or replaced by a system based on another type of philosophy, it could cause irreparable damage to our nation's self-identity. Canadians are different than Americans. They have an entirely different philosophy, and we want to keep it that way.

We are pleased that the committee has endorsed the first four principles of the Canada Health Act. However, the committee asserted that the fifth principle, public administration, required reassessment. CARP is concerned that if one of the principles of Canada Health Act undergoes revision then the other principles

Nous nous contenterons d'aborder certaines des questions soulevées dans le rapport intérimaire du comité. Nous sommes d'accord avec vous pour dire qu'il faudrait tenir un débat non idéologique sur la santé. Il faudrait que ce débat soit centré sur l'intérêt supérieur des Canadiens.

La première fois que mon professeur d'économie est entré dans notre salle de cours, il a dit: «Mesdames et messieurs, tout, absolument tout, se base sur l'économie». Nous ne pouvons pas appliquer ce principe ici. La santé n'est pas une question d'économie. L'économie en fait partie, mais il faut également considérer les soins de santé comme une question morale.

Le débat sur tout changement à notre système de santé ne doit pas tenir compte uniquement de considérations financières et juridiques. Les considérations telles que la justice, la rectitude morale et éthique et les répercussions sur la santé en général et la compétitivité économique du pays devraient également entrer en ligne de compte.

Nous nous réjouissons de voir que le comité reconnaît que le vieillissement de la population n'est pas vraiment l'un des principaux facteurs d'augmentation des coûts de la santé, comme le veut le mythe. Le vieillissement n'aura pas vraiment d'énormes répercussions sur l'augmentation des coûts avant 50 ou 60 ans, lorsque les baby-boomers commenceront à mourir. Comme vous le savez, le coût des soins de santé augmente surtout au cours des six derniers mois de la vie. D'ici là, de nouveaux traitements, de nouvelles techniques et de nouvelles technologies auront certainement modifié la nature des soins médicaux.

Plus de 100 000 Nord-Américains sont des centenaires. C'est une bonne et une mauvaise chose — une bonne chose parce que nous allons vivre vieux, et une mauvaise chose parce que nous allons coûter cher au système. Ce que votre comité fera aujourd'hui aura des répercussions demain. Par conséquent, aucune mesure précipitée ou irréversible ne doit être prise immédiatement pour assurer la viabilité à long terme du système de santé.

CARP approuve les observations du comité selon lesquelles la santé ne peut pas se comparer aux autres biens et services pour les raisons qu'il a déjà mises en lumière.

Nous sommes d'accord avec le comité pour dire que le système public actuel financé par l'État et à une seule vitesse contribue à définir les Canadiens. Plus particulièrement, par rapport à nos voisins du Sud, nous avons créé un système unique fondé sur le sens du bien commun plutôt que l'individualisme. Si ce système et l'idéologie sur laquelle il se fonde s'effritent ou font place à autre chose, cela nuirait à notre identité de façon irréparable. Les Canadiens sont différents des Américains. Ils ont une idéologie entièrement différente et nous ne voulons pas que cela change.

Nous nous réjouissons de voir que le comité a appuyé les quatre premiers principes de la Loi canadienne sur la santé. Il a toutefois affirmé que le cinquième principe, l'administration publique, nécessite une réévaluation. CARP craint que, si l'un des principes de la Loi canadienne sur la santé est réexaminé, les autres

will not be far behind. If you change one, beware of the other changes that will come with that.

CARP notes that the public funding for private health care services or facilities is a contradiction in terms and in principle. How can a privatized health care service make money for the owners? This is, after all, the main purpose of a privately owned service or facility. If through better management publicly administered agencies can learn and apply these lessons, why cannot we? If we lower the wages for staff, then the principle of "you get what you pay for" may apply.

Any surplus profit made by publicly funded agencies is either reinvested back into the entity or taken back by the government that is providing the funding.

What are the non-ideological advantages of privatized health care? They are not less expensive for governments, if governments are still paying for them at the same rate that they are paying for their public counterparts. Further, administrative health care costs in Canada are lower than those in the U.S. That is why they like to bring their people here and do their operations here, if possible.

Privatization represents the thin edge of the wedge that could undo the current single-tiered health care system that generally characterizes at least part of the Canadian health care system, hospitals and doctors. The homecare system is heavily privatized. Studies demonstrate that where a privatized system co-exists with a public health care system, the public system suffers from neglect, as the experience in the United Kingdom has showed us. Prime Minister Blair has pledged to invest £90 million, or three times the dollars, into the public system in an effort to raise its long neglected effectiveness.

User fees — the dreaded expression. Senator Kirby has been quoted as saying: "A major reconstruction is needed and new sources of financing, either from taxes or from patient patients, will be required." Of course, the same patient may pay both simultaneously.

There may be a third option, however, which is to identify ways to use the current amount of funding more effectively and prudently. User fees, in fact, are a form of taxation that is imposed on people on an individual basis as well as a collective basis. Moreover, they penalize people for being ill or seeking to prevent illness.

User fees can reduce frivolous and wasteful usage of the system: they can pump more money into the health care system — without raising income taxes; and they can enable those with money to get more timely service.

How do you know use is frivolous and wasteful until it has recurred? What does the research tell us about how many people actually misuse or abuse the system? Do all have to suffer for the small minority? Does the request for a second opinion constitute an abuse of the system? There has been much talk about allowing only one visit. I do not think we can go with that. Sometimes, one visit might not be just right and the patient will want a second

principles finissent par l'être également. Si vous en modifiez un, méfiez-vous des changements qui suivront.

CARP signale que le financement par l'État des services de santé privés est une contradiction. Comment un service de santé privatisé est-il rentable pour ses propriétaires? Car c'est bien là le principal objectif d'un service ou d'un établissement de santé privé. Si les organismes sous administration publique peuvent apprendre et appliquer ce genre de leçons grâce à une meilleure gestion, pourquoi ne pouvons-nous pas en faire autant? Si nous abaissons le salaire du personnel, vous risquez d'en avoir pour votre argent, mais pas plus.

Tout bénéfice excédentaire réalisé par un organisme financé par l'État est soit réinvesti dans l'organisme soit repris par le gouvernement qui assure le financement.

Quels sont les avantages non idéologiques de la privatisation des soins? Ils ne sont pas moins coûteux pour l'État si ce dernier continue à les payer au même taux que les soins dispensés par les établissements publics. De plus, les frais d'administration de la santé sont moins élevés au Canada qu'aux États-Unis. Voilà pourquoi les Américains aiment bien se faire opérer ici, si possible.

La privatisation est un premier empiètement qui risque de détruire le système de santé à une seule vitesse, qui caractérise au moins en partie le système canadien pour ce qui est des hôpitaux et des médecins. Les soins à domicile sont fortement privatisés. Des études démontrent que lorsqu'un système privatisé coexiste avec un système public, c'est aux dépens de ce dernier, comme l'a démontré l'expérience du Royaume-Uni. Le premier ministre britannique, M. Blair, s'est engagé à investir 90 millions de livres, soit trois fois plus de dollars, dans le système public pour lui redonner l'efficacité qu'il a perdue.

Le ticket modérateur — des mots qui font peur. Le sénateur Kirby aurait déclaré: «Il va falloir entreprendre une reconstruction importante et trouver de nouvelles sources de financement, en puisant dans les impôts ou dans la poche des patients». Bien entendu, le patient devra peut-être payer les deux fois.

Il existe néanmoins une troisième option, qui consiste à trouver des moyens de se servir plus efficacement et plus prudemment du montant d'argent disponible actuellement. Le ticket modérateur est en fait un impôt prélevé individuellement de même que collectivement. De plus, il pénalise les gens qui sont malades ou qui cherchent à prévenir la maladie.

Le ticket modérateur peut réduire une utilisation abusive du système et injecter davantage d'argent dans les services sans qu'il ne soit nécessaire d'augmenter l'impôt sur le revenu tout en permettant aux gens qui peuvent payer d'obtenir des soins plus rapidement.

Comment savoir d'avance si une personne fait un usage abusif du système? Que disent les études du nombre de gens qui en abusent réellement? Tout le monde doit-il souffrir à cause d'une petite minorité? Un patient qui demande une deuxième opinion abuse-t-il du système? Il a été beaucoup question de n'autoriser qu'une visite. Je ne crois pas que ce soit acceptable. Il peut arriver que la visite chez le médecin laisse le patient insatisfait et qu'il



opinion. Are we going to refuse second opinions? I think we have to look at that very closely before we go with that.

The Swedes, whom the committee noted, charge user fees. The cost to administer their program is equal to the amount raised. Hence, before we go down the user fees road, we have to look carefully at what we will get if we implement it.

How much should be charged, either to increase the amount of new money into the system or to reduce abuse of the system, to provide a surplus beyond cost of administration? If hospitals or doctors made a profit, what impact would that have on funding? Would public funding be reduced in correlation to the amount of the surplus? How much should be charged without penalizing those unable to pay for health care? Those people may put off a service until their condition becomes unbearable, thereby increasing the cost for their treatment.

Timely service certainly needs improvement, although, as many have noted, Canadians with money can purchase medical services in the United States. Why should they go to the United States and take Canadian dollars and spend them over there? They should be able to get those services here.

Medical accounts, which have been suggested, have had very limited practical applications other than in Singapore.

Let me move to the issue of human resources policy for health care. During the 1990s, health care institutions and facilities were forced by cuts in government spending to engage in a yo-yo human resources policy and practice. They would let staff go in times of downsizing, during the first half of the decade, and rehire them during the second part of the decade. Nurses and non-medical staff were particularly vulnerable.

Because of this instability, staff shortages have spread to homecare as well. We hear constantly about the shortage of nurses, the shortage of doctors, the shortage, the shortage, the shortage. We created that shortage by firing them all; now we have to rehire them. The same thing happened with the teachers — they fired them all. Now they want them back. Why fire them in the first place? Let's keep what we have. Let's keep our quality.

There is a serious lack of geriatricians in our country. Very few medical students are entering the field. As the population grows older, we will need more geriatricians.

In the 1990s, health care shifted from institutional care to homecare. We have given you our booklet, which contains 32 recommendations. If you look at that book, you will find out what we should be doing about homecare.

With respect to homecare, we had Queen's University do a survey for us. We hired them again a year later to report on what things looked like a year later. I am sorry to say that the situation is dreadful. Homecare is becoming even more important, as we

veuille une deuxième opinion. Allons-nous le lui refuser? Je crois qu'il faudra examiner la question de très près avant de choisir cette voie.

Comme le comité l'a mentionné, les Suédois font payer un ticket modérateur. Le coût d'administration de ce programme équivaut aux recettes perçues. Par conséquent, avant d'imposer un ticket modérateur, nous avons intérêt à examiner soigneusement les avantages que nous en tirerons.

Combien faudrait-il faire payer pour augmenter le montant d'argent injecté dans le système ou réduire les abus et pour produire un excédent en plus de couvrir les frais d'administration? Si les hôpitaux ou les médecins réalisent un bénéfice, quelles conséquences cela aura-t-il sur le financement? Le financement public sera-t-il réduit en fonction de l'excédent accumulé? Combien faudra-t-il faire payer sans pénaliser les personnes à faible revenu? Ces personnes risquent d'attendre, pour se faire soigner, que leur état devienne insupportable, ce qui augmentera le coût de leur traitement.

Les délais de traitement ont certainement besoin d'être améliorés même si, comme de nombreuses personnes l'ont fait remarquer, les Canadiens riches peuvent acheter des services médicaux aux États-Unis. Pourquoi devraient-ils aller dépenser leur argent aux États-Unis? Ils devraient pouvoir obtenir ces services ici.

Les comptes d'épargne-santé qui ont été proposés ont été très peu appliqués, sauf à Singapour.

J'aimerais maintenant passer à la question des ressources humaines. Dans les années 90, les établissements de santé ont été forcés, à cause de la compression des dépenses gouvernementales, à adopter la politique du yoyo en ce qui concerne la gestion des ressources humaines. Ils ont mis du personnel à pied en période de compression, au cours de la première moitié de la décennie et les ont réembauchés ensuite. Les infirmières et le personnel non médical ont été particulièrement touchés.

À cause de cette instabilité, les pénuries de personnel ont également gagné le secteur des soins à domicile. Nous entendons constamment parler du manque d'infirmières et de médecins. Nous avons créé cette pénurie en les congédiant tous et nous devons maintenant les réembaucher. La même chose est arrivé avec les enseignants. On les a tous congédiés et maintenant on veut qu'ils reviennent. Pourquoi les avoir congédiés la première fois? Gardons le personnel que nous avons. Préservons la qualité de notre main-d'oeuvre.

Il y a un sérieux manque de spécialistes en gériatrie au Canada. Très peu d'étudiants en médecine se lancent dans ce domaine. Avec le vieillissement de la population, nous allons avoir besoin d'un plus grand nombre de ces spécialistes.

Dans les années 90, la priorité est passée des soins en établissement aux soins à domicile. Nous vous avons remis notre brochure qui contient 32 recommandations. Si vous l'examinez, vous verrez ce que nous proposons pour les soins à domicile.

En ce qui concerne les soins à domicile, nous avons chargé l'université Queen's de faire une enquête pour nous. Un an plus tard, nous lui avons demandé de faire de nouveau le point de la situation. Je suis au regret de dire qu'elle est très peu

know from listening to this young lady, but we are not doing anything about it. The committee should look carefully at this issue: it is what awaits us in the future.

Let me conclude. CARP endorses the committee's appeal for a factual and non-ideological approach to examining the health care system within the context of Canadian values. The issue of what can society, governments and individuals afford must be balanced by what is in the best interest of the majority of Canadians, who, regardless of age, will at some point come into contact with the health care system. That contact will be made either as a patient or a caregiver, and they will pay for their health care one way, indirectly through taxes, or another, directly out of the pocket, and indeed, often both ways at the same time.

In conclusion, let me say that I appreciate the opportunity to have attended here; however, the fact that the full committee was not present was not fair to any of us. It was neither polite nor right.

**The Deputy Chairman:** Thank you very much.

**Ms Morgenthau:** You know me. I say it the way it is.

**The Deputy Chairman:** I appreciate your presentation particularly, and I think my colleagues will agree with me. We are very seriously looking at this whole issue of homecare and how it can be incorporated within our health system.

**Senator Robertson:** Mr. Hurley, I have a question or two for you that will help me to understand some of these issues. You spoke of the restrictions, the time that it takes for approval when you are trying to introduce new technologies. The same complaints exist in trying to get approval for new drugs as well. It goes on and on.

From your experience, sir, do you find that these restrictions on approval are related to understaffing in the Health Department or staffing that is not fully qualified, or do you get a sense that the tedious process that we hear from so many of trying to get approvals is there to save costs for the system?

**Mr. Hurley:** It is a combination of all of those. The bottom line is that the staff keep moving around. By the way, companies like ours have to train them. After we have trained them, they tend to move to other jobs. The system is complex, and based on seniority.

New medical devices are getting more complicated, but the point is that the FDA is now approving faster than Canada. It used to be the other way around. Of course, European countries are approving new technologies even faster. Hence, it is a combination of staff constantly changing and less efficiency.

We are now being charged, where once we were not. Our company will pay \$500,000 this year to get products delivered a lot later than they were in the past. The charges are there to make the system more efficient, to cover their costs. Nevertheless, it is less efficient than it was before.

encourageante. Les soins à domicile deviennent encore plus importants, comme nous nous en sommes rendus compte après avoir écouté cette jeune femme, mais nous ne faisons rien à cet égard. Le comité devrait se pencher sérieusement sur la question, car c'est ce qui nous attend.

Permettez-moi de conclure. Nous sommes d'accord avec vous pour dire qu'il faudrait examiner le système de soins de santé dans le contexte des valeurs canadiennes et cela de façon purement objective. Il faut tenir compte à la fois de ce que la société, les pouvoirs publics et les citoyens ont les moyens de payer et de l'intérêt supérieur de la majorité des Canadiens qui, quel que soit leur âge, un jour ou l'autre, entreront en contact avec le système de santé. Ce contact se fera à titre de patient ou de soignant et ils paieront soit indirectement au moyen de leurs impôts ou directement en sortant l'argent de leur poche. En fait, ce sera souvent des deux façons en même temps.

Pour conclure, je vous remercie de votre invitation; néanmoins, nous regrettons que tous les membres du comité n'aient pas été présents. Ce n'était ni poli ni juste envers nous.

**La vice-présidente:** Merci beaucoup.

**Mme Morgenthau:** Vous me connaissez, je dis les choses telles qu'elles sont.

**La vice-présidente:** J'ai particulièrement apprécié votre exposé et je crois que mes collègues seront d'accord avec moi. Nous nous penchons très sérieusement sur toute la question des soins à domicile et la façon de les intégrer dans notre système de santé.

**Le sénateur Robertson:** Monsieur Hurley, j'ai une ou deux questions à vous poser pour m'aider à comprendre certaines choses. Vous avez parlé des restrictions, du temps qu'il fallait pour obtenir l'approbation d'une nouvelle technologie. Les mêmes plaintes ont été émises pour ce qui est de l'homologation des nouveaux médicaments.

D'après votre expérience, croyez-vous que ces problèmes sont dus à une insuffisance de personnel au sein du ministère de la Santé ou au manque de compétence du personnel ou que les difficultés à obtenir une homologation dont tant de gens se plaignent visent à économiser de l'argent?

**M. Hurley:** C'est l'ensemble de ces facteurs. Le fait est qu'il y a un important roulement du personnel. Les entreprises comme la nôtre doivent former leurs employés. Quand ils sont formés, ils ont tendance à aller occuper un autre emploi. Le système est complexe et se fonde sur l'ancienneté.

Les nouveaux dispositifs médicaux deviennent plus compliqués, mais la FDA les approuve maintenant plus rapidement que le Canada. Avant, c'était l'inverse. Bien entendu, les pays européens approuvent encore plus rapidement les nouvelles technologies. La situation est donc due à la fois au roulement du personnel et à une réduction de l'efficacité.

Maintenant, on nous fait payer alors que ce n'était pas le cas avant. Notre entreprise paiera cette année 500 000 \$ pour obtenir l'approbation de ses produits beaucoup plus tard que par le passé. Ces frais ont été imposés pour rendre le système plus efficient, pour couvrir les coûts. Mais c'est moins efficace qu'avant.



**Senator Robertson:** Interesting. We also hear this from frustrated constituents who just cannot seem to get through the system. It is interesting that you are training people. I do not understand why the system cannot be more efficient. Why do they not put in place an experienced group of people, to make the system more efficient?

**Mr. Hurley:** Especially when they are charging us.

**Senator Robertson:** Yes. They could involve the private sector or join hands with other countries. Our processes are obviously not very good.

**Mr. Hurley:** All the European countries are harmonized. If something is approved in the United States, or in Canada, a company should not have to go through the same loops to get approval in the next country. We should have harmonization.

**Senator Robertson:** This is absolutely disgraceful. I am very pleased that you raised this issue.

**The Deputy Chairman:** What about interprovincially, across Canada? Do you run into the same problem, Mr. Hurley?

**Mr. Hurley:** There is no approval provincially.

The problem we have is lack of funding for new technologies, when we can prove that they are more cost effective than the existing technologies. That is the most frustrating thing for the high-tech industry.

**The Deputy Chairman:** It is not like pharmaceuticals. You do not have to worry about interprovincial issues.

**Ms Morgenthau:** May I make the point that what he is saying is true about the standard. CARP has been working toward a health standard across the country. We are also working toward approval of drugs at the federal level, so as not to have to go through 13 or 14 territories and provinces to get a drug through. In England, it takes 120 days to get approval. Here, it can take five years off the patent. It is ridiculous. If a drug is approved at the federal level, it should be passed automatically by the provinces. The cost of that drug would come down dramatically. I am advocating the same thing as this young man said.

**Senator Robertson:** It is one of the very frustrating aspects of our system. It certainly would not be difficult to correct. It is a deterrent in our efforts to attract companies into our country. Canada needs to attract corporations that are developing not only drugs but new technologies, but they will not locate here if this continues. The situation is very bad.

**The Deputy Chairman:** Do you experience any similar difficulties, Mr. Crawford, in your work?

**Mr. Crawford:** The problem of accessing medications at the provincial level is endemic to the Canadian way of life. There have been repeated requests for attention to that issue. The lack of timely access to fully or even partially reimbursed medications has major impacts on the health status of people. It keeps them locked out of the labour force, because they have to be on the

**Le sénateur Robertson:** C'est intéressant. C'est ce que nous disent aussi des gens très frustrés par toutes les formalités. Vous dites que vous formez le personnel. Je ne comprends pas pourquoi le système ne peut pas devenir plus efficace. Pourquoi le ministère ne met-il pas en place un groupe de gens expérimentés, afin d'augmenter son efficacité?

**M. Hurley:** D'autant plus qu'il nous fait payer.

**Le sénateur Robertson:** Oui. Il pourrait obtenir la participation du secteur privé ou coopérer avec d'autres pays. De toute évidence, nos méthodes ne sont pas très bonnes.

**M. Hurley:** Tous les pays européens se sont harmonisés. Si un produit est approuvé aux États-Unis ou au Canada, il ne devrait pas être nécessaire de faire les mêmes démarches pour obtenir l'homologation dans le deuxième pays. Il devrait y avoir une harmonisation.

**Le sénateur Robertson:** C'est une véritable honte. Je me réjouis que vous ayez soulevé la question.

**La vice-présidente:** Et qu'en est-il d'une province à l'autre? Avez-vous le même problème, monsieur Hurley?

**M. Hurley:** Il n'y a pas d'approbation au niveau provincial.

Notre problème, c'est le manque de financement des nouvelles technologies alors que nous pouvons démontrer qu'elles sont plus rentables que celles qui existent actuellement. C'est ce qu'il y a de plus décourageant pour le secteur de la haute technologie.

**La vice-présidente:** Ce n'est pas comme pour les produits pharmaceutiques. Vous n'avez pas à vous soucier des questions interprovinciales.

**Mme Morgenthau:** Si vous le permettez, je voudrais confirmer ce qu'il dit à propos de la norme. CARP a travaillé à l'établissement d'une norme de santé pour l'ensemble du pays. Nous travaillons également sur le dossier de l'homologation des médicaments au niveau fédéral afin qu'il ne soit pas nécessaire de s'adresser à 13 ou 14 provinces et territoires pour faire approuver un médicament. En Angleterre, cela prend 120 jours. Ici, cela peut prendre cinq ans. C'est ridicule. Si un médicament est autorisé au niveau fédéral, il devrait être approuvé automatiquement par les provinces. Le coût de ce médicament baisserait énormément. Je préconise la même chose que ce jeune homme.

**Le sénateur Robertson:** C'est un des aspects très frustrants de notre système. Il ne serait sans doute pas difficile d'y remédier. Cela nuit aux efforts que nous faisons pour attirer des entreprises dans notre pays. Le Canada doit attirer des sociétés qui mettent au point non seulement des médicaments, mais des nouvelles technologies et qui ne viendront pas s'établir chez nous si cela continue. C'est une très mauvaise situation.

**La vice-présidente:** Avez-vous le même genre de difficultés dans votre travail, monsieur Crawford?

**M. Crawford:** La difficulté d'avoir accès aux médicaments au niveau provincial est un problème endémique au Canada. On a souvent demandé au gouvernement de se pencher sur cette question. L'impossibilité d'avoir facilement accès à des médicaments entièrement ou même partiellement remboursés a de lourdes conséquences sur l'état de santé des gens. Cela les

welfare program to get the provincial government to pay for what is needed.

There have been complaints, certainly, that the listing approach to medications and technologies that would be publicly financed, the kind of approaches we use in Canada, typically do not keep pace with fast-breaking developments on the pharmaceutical and technological fronts. By the time governments even get around to considering whether a medication or technology should be funded, another medication or technology supersedes it. The list just gets longer and longer, but increasingly irrelevant.

There has been talk about the need to have an approach that is more principle-driven, one that allows for faster acknowledgement that a given device or medication is needed in a given circumstance, to get away from the listing approach. The approach would use discretionary judgment.

**The Deputy Chairman:** I have a question for you, Ms. Gulliver, and your daughter, Margot. Your testimony was very compelling.

The committee will certainly pursue this particular topic with a lot more vigour, but is there anything currently within our health care system that has potential for you and people in your situation that could be expanded upon? Are there any good-news areas that we should be pursuing and pushing the system along towards?

**Ms Gulliver:** Yes. We should be pushing for physicians like Dr. David Clarkson, who we have hung out with for 28 years. When Margot left the Sick Kids hospital, he hooked us up with all of the things she needed, the neurologist, the urologist, and all of the orthopaedic people. He totally coordinates us. When things are bad, when I need answers or Margot does, we head for Dr. Clarkson. He is our coordinator and our rock, and the one who advises us the most when we talk about second opinions.

The thing that has been absolutely wonderful for us is homecare. We use the St. Elizabeth Visiting Nurses Association. We will not use a private, for-profit homecare agency. I resent people making money off my back when I am vulnerable. I appreciate that that has to be part of it, but sometimes people forget why they are there. There have been occasions when people have wanted my daughter and me to fit into their system, as opposed to looking at how they can make their wage with dignity by providing for us. If we were not around, they would not have jobs — and you know when I say “we” I mean not just my daughter and me but a whole lot of people like us.

The other thing is how people are made to feel dehumanized in the hospital. I just had a toe removed. It had gangrene. There was an occasion when I was in the hospital and hooked up to an intravenous that I had to get to the washroom but nobody was around to help me. I don't have to tell you what happened. All I got from the nurse was, “Oh dear. I'm so sorry.” I blame the system for not having enough people to provide us with the respect, dignity and understanding we deserve, for not recognizing

empêche d'intégrer le marché du travail parce qu'ils doivent être assistés sociaux pour que le gouvernement provincial paie les médicaments dont ils ont besoin.

On s'est plaint que l'approbation des médicaments et des technologies financés par l'État soit en retard sur les progrès réalisés sur le plan pharmaceutique et technologique. Lorsque le gouvernement se décide à examiner s'il y a lieu de financer un médicament ou une technologie, un autre médicament ou une autre technologie supérieure ont été mis au point entre temps. La liste s'allonge, mais elle est de plus en plus périmée.

Il a été question d'une approche qui permettrait de reconnaître plus rapidement qu'un dispositif ou un médicament est nécessaire dans certaines circonstances. Ce serait une décision discrétionnaire.

**La vice-présidente:** J'ai une question à vous poser, madame Gulliver, ainsi qu'à votre fille Margot. Votre témoignage était très convaincant.

Le comité va certainement se pencher beaucoup plus énergiquement sur ce sujet, mais y a-t-il quelque chose, dans le système de soins de santé qui vous aide vraiment, vous et les personnes dans votre situation, et qui pourrait être développé? Y a-t-il de bons éléments qu'il faudrait pousser encore plus loin?

**Mme Gulliver:** Oui. Il faudrait avoir davantage de médecins comme le Dr David Clarkson, qui nous suit depuis 28 ans. Lorsque Margot a quitté l'Hôpital pour enfants, il nous a mis en rapport avec tous les services dont elle avait besoin, le neurologue, l'urologue et les orthopédistes. Il coordonne tous les services. Lorsque les choses vont mal, quand moi-même ou Margot avons besoin de réponses, nous nous adressons au Dr Clarkson. Il est notre coordonnateur, notre planche de salut, celui qui nous conseille le mieux lorsque nous avons besoin d'une deuxième opinion.

Ce qu'il y a d'absolument merveilleux pour nous ce sont les soins à domicile. Nous utilisons les services de la St. Elizabeth Visiting Nurses Association. Nous ne passons pas par une agence privée de soins à domicile, à but lucratif. Je n'aime pas l'idée qu'on profite de ma vulnérabilité pour gagner de l'argent sur mon dos. Je comprends que c'est inévitable, mais certaines personnes oublient parfois pourquoi elles sont là. Il est déjà arrivé que des gens veuillent que ma fille et moi nous nous intégrions dans leur système au lieu de voir plutôt comment ils pouvaient gagner dignement leur salaire en répondant à nos besoins. Sans nous, ils n'auraient pas d'emplois et quand je dis «nous», je ne veux pas dire seulement ma fille et moi, mais de nombreuses personnes comme nous.

D'autre part, on se sent déshumanisé lorsqu'on va à l'hôpital. On vient de m'amputer un orteil. Il était atteint par la gangrène. Un jour, alors que j'étais à l'hôpital et branchée à une intraveineuse, j'ai dû aller aux toilettes, mais personne n'était là pour m'aider. Je n'ai pas besoin de vous dire ce qui s'est passé. L'infirmière s'est contentée de me dire qu'elle était désolée. Je reproche au système de ne pas avoir suffisamment de personnel pour nous traiter avec le respect, la dignité et la compréhension



that the hospital or the health care system would not exist without patients. I feel that what Margot and I are experiencing, any one of you could have. I do not care whether you are 25 or 95. We are all vulnerable, and we should not separate disability from vulnerability.

**The Deputy Chairman:** You talked about Dr. Clarkson. The point you are making is that there should be some coordination, a central point, correct?

Did you want to make a point on this, Mr. Gleberzon?

**Mr. William Gleberzon, Associate Executive Director, Canada's Association for the Fifty-Plus:** Yes, I did. The material we handed out to you consists of three reports. The most recent one is a report entitled "Homecare in Canada." I just wanted to bring that to the attention of the committee.

A lot of the testimony you have heard here is replayed in this report from hundreds of people, maybe more. We have done extensive studies on homecare. If the committee is interested in knowing how a two-tiered system, privatized, will work, I suggest you take a look at the homecare system in Ontario: it is exactly that type of system.

You are hearing about the results of that kind of system, where the backbone of the system is the informal caregivers, 80 per cent of whom are women. Many woman, about 12 per cent, I am told, have to give up their jobs in order to work full-time at providing care, with minimal support — in some cases, in some provinces, with no support and no compensation. At the end of the day, as Ms Gulliver has said, they go without any kind of support, other than, if they are lucky, a guaranteed income supplement. They can look at an income of around \$12,000 a year when they get to be older, 65. Of course, because of mandatory requirement and age and things like that, they are not able to get jobs.

Therefore, we are looking at a system that needs to be reviewed from top to bottom in a very comprehensive way. Someone used the term silos. We should not review it just in terms of the silos we have now. The whole health care issue goes far beyond health care. There are all these determinants of health. What we have seen develop over the past 10 years is a system that has put the onus, really, the full burden, on people like Cheryl Gulliver. They become the backbone of the system. I think if the committee is looking at homecare, that is the way you have to begin.

**The Deputy Chairman:** We have heard in other testimony what it does to the health of the caregiver, intended or unintended.

**Ms Gulliver:** We have enjoyed an excellent family physician who is not afraid of anybody in his hospital and who always makes sure we get what we need. When Margot is in the hospital, I go at nine o'clock in the morning and leave at 11. I take drinks and sandwiches. I do all of that, but it still costs me \$20 a day. The last time she was in the hospital, she was there for four

voulus, de ne pas reconnaître que l'hôpital ou le système des soins de santé n'existerait pas sans les patients. Je crois que ce que nous vivons, Margot et moi, n'importe lequel d'entre vous aurait pu le vivre. Peu m'importe que vous ayez 25 ans ou 95 ans. Nous sommes tous vulnérables et il ne faudrait pas distinguer l'invalidité de la vulnérabilité.

**La vice-présidente:** Vous avez parlé du Dr Clarkson. Vous avez fait valoir qu'il faudrait une certaine coordination, une centralisation des services, n'est-ce pas?

Aviez-vous quelque chose à dire à ce sujet, monsieur Gleberzon?

**M. William Gleberzon, directeur administratif adjoint, Canada's Association for the Fifty-Plus:** Oui. La documentation que nous vous avons remise se compose de trois rapports. Le plus récent s'intitule «Homecare in Canada». Je voulais seulement le signaler à l'attention du comité.

Une bonne partie des témoignages que vous avez entendus ici se reflète dans ce rapport qui se fonde sur les opinions de centaines de personnes, peut-être plus. Nous avons étudié en profondeur la question des soins à domicile. Si le comité désire savoir comment fonctionnerait un système privatisé à deux vitesses, je vous suggère de voir comment fonctionne le système de soins à domicile en Ontario, car c'est précisément un système de ce genre.

Vous avez entendu parler des résultats de type de système qui repose avant tout sur les soignants naturels qui sont à 80 p. 100 de femmes. De nombreuses femmes, environ 12 p. 100 m'a-t-on dit, doivent renoncer à leur emploi pour pouvoir prodiguer des soins à plein temps, avec une aide minime de certaines provinces, aucun soutien et aucune rémunération. Comme l'a dit Mme Gulliver, ces personnes doivent se débrouiller sans aucun appui sauf, si elles ont de la chance, le Supplément du revenu garanti. Elles peuvent compter sur un revenu d'environ 12 000 \$ par an lorsqu'elles atteignent l'âge de 65 ans. Bien entendu, en raison de la retraite obligatoire et de ce genre de choses, elles ne peuvent pas obtenir d'emploi.

Par conséquent, ce système doit être réexaminé de fond en comble. Quelqu'un a parlé de compartiments. Cet examen devrait se faire en dehors de cette compartimentation. La question de la santé va bien au-delà des soins. Il y a les facteurs déterminants de la santé. Depuis 10 ans, nous avons vu évoluer un système qui a rejeté tout le fardeau sur des gens comme Cheryl Gulliver. Ces personnes forment l'épine dorsale du système. Si le comité se penche sur les soins à domicile, il faudrait commencer par cela.

**La vice-présidente:** Nous avons déjà entendu dire, lors du témoignage précédent, quelles conséquences cela avait pour la santé de la personne qui dispense les soins.

**Mme Gulliver:** Nous avons eu un excellent médecin de famille qui n'a peur de personne dans son hôpital et qui veille toujours à ce que nous obtenions ce dont nous avons besoin. Quand Margot est à l'hôpital, j'y vais à 9 heures du matin et j'en repars à 11 heures. J'apporte des boissons et des sandwichs. Tout cela me coûte 20 \$ par jour. La dernière fois qu'elle était à

months. Add up \$20 a day, not counting the cost of the TV and the phone — her father paid those. But do you understand?

**The Deputy Chairman:** Yes.

**Ms Gulliver:** I want to be home and drink my coffee out of my own mug. I had never thought of it that way, sir, about the homecare system. I just am so happy they come to us as opposed to us running around the world.

**The Deputy Chairman:** That is a very good point.

**Ms Gulliver:** His point is excellent. Can you see my halo? You are right. I should be real proud of myself. Margot has something left to say.

**Ms Easton:** Mother and I have been very fortunate. Dr. Clarkson has been very helpful to us and does not seem to be scared of me because I have a disability. He will always say to me: "This is what we need to do." or "This is who we need to go see."

I can remember going to have my wisdom teeth out. Most people go to the dentist's office to have them out, and then it is all over. I went into the hospital to have my wisdom teeth taken out because the surgeon who did it did not feel comfortable with me in his office and because of my medical condition and things like that.

It is nice to have Dr. Clarkson, who, as mum said, is not afraid of anybody. He especially is not afraid of me and my disability and the things that go with it.

**Ms Gulliver:** Other than when she gets a certain look in her eye, and then we all run.

**The Deputy Chairman:** You had a point you wanted to make, Mr. Crawford?

**Mr. Crawford:** The Dr. Clarksons of the world are very much the exception rather than the rule. If we look at the state of medical training in Canada, there is very little systemic attention to issues of disability. A huge proportion of the Canadian population will suffer some kind of disability; it is almost inevitable, as people get older. Nevertheless, medical students are given virtually no instruction on what disability means to the individuals themselves and to their families, nor the implications on the labour market, et cetera.

Medical students may get a course here and there on neurology and gastroenterology, courses that focus on the biomedical aspects, but the social aspects, the ones that people have to live with on a long-term basis, are ones about which physicians typically know little and therefore are not in a position to play a coordinator role.

If the government were to be involved, therefore, in helping to mount a broadly based human resources development strategy for the health care sector, which I think makes a lot of sense as laid out in *Issues and Options*, I would argue that some attention in medical schools to these issues ought to be required of physicians. After all, probably 10 to 15 per cent of the base of people physicians will see in a given year will have some level of disability.

l'hôpital, elle y est restée quatre mois. Additionnez 20 \$ par jour, sans compter le coût de la télévision et du téléphone que son père a payé. Comprenez-vous?

**La vice-présidente:** Oui.

**Mme Gulliver:** Je veux être chez moi et boire mon café dans ma propre tasse. Je n'avais jamais vu le système de soins à domicile sous cet angle. Je suis très heureuse qu'il vienne à nous au lieu que nous ayons à courir à gauche et à droite.

**La vice-présidente:** C'est un très bon argument.

**Mme Gulliver:** Je dirais même qu'il est excellent. Voyez-vous mon auréole? Vous avez raison. Je devrais être fière de moi. Margot a encore quelque chose à dire.

**Mme Easton:** Ma mère et moi avons eu beaucoup de chance. Le Dr Clarkson nous a beaucoup aidées et ne semble pas avoir peur de moi parce que je suis handicapée. Il me dit toujours: «Voilà ce que nous devons faire» ou «Voilà qui nous devons aller voir».

Je me souviens d'être allée me faire extraire mes dents de sagesse. La plupart des gens vont se les faire enlever chez le dentiste et tout est fini. Je suis allée à l'hôpital pour me faire extraire mes dents de sagesse parce que le chirurgien-dentiste avait peur de le faire à son cabinet à cause de mon état.

Il est bon d'avoir le Dr Clarkson qui, comme l'a dit maman, n'a peur de personne. Mais surtout, il n'a pas peur de moi, de mon handicap et de tout ce qui l'accompagne.

**Mme Gulliver:** Sauf quand elle nous regarde de travers, car nous prenons tous la fuite.

**La vice-présidente:** Vous aviez quelque chose à dire, monsieur Crawford?

**M. Crawford:** Les médecins comme le Dr Clarkson sont l'exception plutôt que la règle. Au cours de leur formation, les médecins canadiens ne s'attardent pas beaucoup sur les problèmes particuliers des personnes handicapées. Une proportion énorme de Canadiens souffriront d'un handicap quelconque: c'est presque inévitable avec le vieillissement. Néanmoins, les étudiants en médecine ne reçoivent pratiquement aucune formation au sujet de ce qu'un handicap représente pour l'intéressé et sa famille ni les conséquences sur le marché du travail, et cetera.

Les étudiants en médecine ont peut-être un cours ici et là, sur la neurologie et la gastroentérologie, des cours qui portent sur les aspects biomédicaux, mais pour ce qui est des aspects sociaux, les problèmes auxquels les gens sont confrontés à long terme, les médecins sont généralement très peu informés et ne sont donc pas en mesure de jouer le rôle de coordonnateur.

Si le gouvernement cherchait à élaborer une stratégie de développement des ressources humaines pour le secteur de la santé, ce qui me paraît tout à fait logique, comme vous l'avez mentionné dans *Questions et options*, je crois que les médecins devraient s'intéresser à ces questions dans les facultés de médecine. N'oublions pas que 10 à 15 p. 100 des patients que les médecins verront au cours d'une année auront un handicap quelconque.



**Mr. Gleberzon:** When the committee really focuses on homecare we would be very pleased to work with you, because we have done a tremendous amount of work in this area.

**The Deputy Chairman:** Thank you. When our committee finishes hearing testimony across the country, we will be spending some time doing follow-up and clean-up testimony, before we start writing our reports. It may well be that we will be inviting some of you people back. I really do feel very badly about jamming so many people into this last session and then running against the clock.

**Senator Robertson:** I want to tell the witnesses how important it is for this committee to spend a considerable amount of time on the issues they have brought to our attention, not the least of which is to persuade the government to put in place standards so that financial concerns, which can be so very severe, can be met. Even applying for a disability pension takes ages. It requires visits back and forth between doctors' offices and government officers to fill out form after form and to get file after file. We would be negligent if we did not do something about this in a substantive manner.

It is not that we have not previously thought about the issues you have brought to us today; we have.

I look forward to reading the material you have left with us today. Some of us have worked a long time, many years, in trying to be helpful with these matters. I really believe this committee can make some very appropriate recommendations.

**The Deputy Chairman:** I agree with that. Senator Robertson speaks with great knowledge because she was a former minister of health in the province of New Brunswick.

**Ms Gulliver:** I am concerned that we may have projected ourselves in a pathetic and negative way. I want you to know that Margot Easton and Cheryl Gulliver have a really good life. Sometimes we meet people and they talk about their illnesses, and we feel so sorry for them.

I did not want to give you that impression.

**The Deputy Chairman:** You did not leave that impression at all.

I should like to thank all the witnesses for their attendance here. I think a few of you will be getting another call from us, because we will be seeking a little more information on this. I do apologize for the way we ran against clock.

Senator Robertson, before you and I leave, as this committee travels across the country, we have had people from the public request that they make a statement. We have two gentlemen in the room today who have requested to put on the record a statement. They understand that there is a maximum of five minutes per person and that there will be no questions.

I will invite Mr. Robert Campbell and Mr. Clement Edwin Babb to the table to make their statements.

Mr. Campbell, I know you have sat through a lot of the proceedings. I appreciate that very much. I understand you have a statement you wish to put on the record. As you know, you will be given a maximum of five minutes. There will be no questions, but

**M. Gleberzon:** Quand vous vous intéresserez vraiment aux soins à domicile, nous nous ferons un grand plaisir de vous aider, car nous avons fait énormément de travail dans ce domaine.

**La vice-présidente:** Merci. Lorsque nous terminerons nos audiences d'un bout à l'autre du pays, nous passerons un certain temps à faire le suivi des témoignages reçus avant de commencer à rédiger notre rapport. Il est possible que nous invitions certains d'entre vous à revenir. Je regrette vraiment d'avoir eu à faire comparaître autant de personnes en même temps pour cette dernière audience et d'être aussi pressée par le temps.

**Le sénateur Robertson:** Je tiens à dire aux témoins combien il est important pour le comité de consacrer énormément de temps aux questions qu'ils ont portées à notre attention. Nous voulons persuader le gouvernement d'établir des normes afin que l'on puisse résoudre les problèmes financiers, qui sont très importants. Il faut attendre longtemps, même pour demander une pension d'invalidité. Il faut plusieurs visites chez le médecin et dans les bureaux du gouvernement pour remplir formulaire après formulaire et établir dossier après dossier. Nous négligerions nos devoirs si nous ne faisons pas quelque chose de concret pour y remédier.

N'allez pas croire que nous n'ayons pas déjà réfléchi aux questions que vous avez soulevées aujourd'hui; nous l'avons fait.

J'ai hâte de lire la documentation que vous nous avez remise. Certains d'entre nous travaillent depuis longtemps, depuis des années, pour essayer de résoudre ces problèmes. Je crois que notre comité peut faire des recommandations très pertinentes.

**La vice-présidente:** Je suis d'accord. Le sénateur Robertson parle en toute connaissance de cause, car elle était ministre de la Santé au gouvernement provincial du Nouveau-Brunswick.

**Mme Gulliver:** Je crains que nous ayons peut-être donné une image pathétique et négative de nous. Sachez bien que Margot Easton et Cheryl Gulliver ont une belle vie. Nous rencontrons parfois des gens qui nous parlent de leurs maladies et que nous prenons en pitié.

Je ne voudrais pas vous donner cette impression.

**La vice-présidente:** Vous ne nous avez pas du tout donné cette impression.

Je tiens à remercier tous les témoins d'être venus. Nous téléphonerons sans doute à certains d'entre vous, pour obtenir quelques renseignements complémentaires. Je m'excuse que nous soyons aussi pressés par le temps.

Sénateur Robertson, avant que nous ne partions, vous et moi, pour poursuivre notre voyage à travers le pays, des membres du public ont demandé à faire une déclaration. Il y a aujourd'hui dans la salle deux messieurs qui ont demandé la parole. Ils ont bien compris qu'ils avaient droit au maximum à cinq minutes par personne et que nous ne poserons pas de questions.

J'invite M. Robert Campbell et M. Clement Edwin Babb à venir faire leurs déclarations.

Monsieur Campbell, je sais que vous avez assisté à un grand nombre de nos délibérations. Je l'apprécie vivement. Je crois que vous avez une déclaration à nous faire. Comme vous le savez, nous vous accorderons cinq minutes au maximum. Aucune

your statement will be duly recorded and put on the record of the committee hearing.

**Mr. Robert S.W. Campbell:** Thank you, Madam Chair and honourable senators. I am not in the category of most of the presenters that you have listened to. They are very well qualified in the health care field. I am not. I am a member of the public. I am a retired lawyer; I retired from active practice a number of years ago in Toronto.

I am, however, interested in the matter of health care. In a general sense, I have done as much reading as ordinarily can be done by the individual by way of publications and the press.

I have one or two initial comments. You may think I am out of order; I plead understanding in this respect.

I have been rather unsettled by comments principally from the minister of health and the chairperson of this committee, and also from the Prime Minister. They seem to conclude that the present health care system is unsustainable, which may or may not be true. In addition, they seem to conclude that the solutions seem to be either user fees or increased privatization of the system, that is to say, a two-tier system.

The other remark I want to make, which may seem equally negative in its direction, is that it is extraordinary that, in a matter of such importance as the present question before the committee, the committee is time-restricted in such a narrow fashion. This two-day hearing has been held in such an obscure location. I only heard yesterday of the existence of this committee and the hearing today.

If the trend of my remarks is out of order it is principally because I have not had time to read the report of the committee.

I would have hoped that a hearing of this sort would be in a larger and more important forum. I think an appropriate one would have been Massey Hall, where the general population could have sat and listened to what the experts say about the health care system, what is wrong with it, and hear some voices that might offer some different directions.

Having said that, my impression is that the costs with respect to the health care system have been relatively stable over a considerable number of years. Over roughly 25 years, as I recall, there have been no substantial changes in the relative cost of the health care system with respect to the GDP. There is an exception, however, and that has been with respect to specific aspects of the system.

**The Deputy Chairman:** You have two more minutes, Mr. Campbell.

**Mr. Campbell:** Thank you. Those aspects include drugs and certain aspects of clinics, that kind of thing. In other words, the privatized part of the system is the one that is pushing the costs of the system up.

In capsule form, my position would be that we reject the for-profit type of health care system — at least, not expand it more than it presently exists. We should take steps to introduce solutions that would improve the system, at least beyond its recent decline. One would be to concentrate on long-term care, a

question ne vous sera posée, mais votre déclaration sera dûment enregistrée et publiée dans le compte rendu des audiences du comité.

**M. Robert S.W. Campbell:** Merci, madame la présidente et honorables sénateurs. Je ne fais pas partie de la même catégorie que la plupart des témoins que vous avez entendus. Ce sont des gens très compétents dans le domaine de la santé. Pas moi. Je suis un membre du public. Je suis un avocat à la retraite; j'ai pris ma retraite après avoir exercé le droit pendant des années à Toronto.

Je m'intéresse toutefois à la santé. J'ai beaucoup lu sur le sujet dans diverses publications et dans les journaux.

J'aurais une ou deux observations à faire. Vous les jugerez peut-être irrecevables, mais je vous demande votre indulgence.

J'ai été alarmé par certains propos tenus principalement par le ministre de la Santé et le président de ce comité, ainsi que le premier ministre. Ils semblaient conclure, à tort ou à raison, que le système de soins de santé actuel n'est pas viable. Ils semblaient également dire que la solution consistait à imposer un ticket modérateur ou à privatiser davantage les services c'est-à-dire en créant un système à deux vitesses.

Mon autre observation, qui peut également sembler négative, est que je trouve extraordinaire que, pour une question aussi importante, le comité dispose d'aussi peu de temps. Ces deux jours d'audience ont eu lieu dans un endroit très discret. C'est seulement hier que j'ai entendu parler de votre comité et de l'audience d'aujourd'hui.

Si je suis à côté du sujet, c'est surtout parce que je n'ai pas eu le temps de lire le rapport du comité.

J'aurais espéré qu'une audience comme celle-ci se déroule dans une tribune plus importante. L'endroit approprié aurait été Massey Hall où le public aurait pu venir écouter ce que les experts ont à dire au sujet du système de santé et de ses déficiences et entendre des gens proposer des solutions différentes.

Cela dit, j'ai l'impression que le coût des soins de santé a été relativement stable pendant de nombreuses années. Pendant 25 ans environ, si je me souviens bien, il n'y a eu aucun changement important dans le coût du système de soins de santé par rapport au PIB. Il y a toutefois une exception et elle concerne certains aspects particuliers du système.

**La vice-présidente:** Vous avez deux minutes de plus, monsieur Campbell.

**M. Campbell:** Merci. Il s'agit des médicaments et de certaines cliniques. Autrement dit, c'est l'élément privatisé du système qui fait grimper les coûts.

En résumé, j'estime qu'il faudrait rejeter les services de santé à but lucratif ou du moins ne pas les élargir davantage. Il faudrait adopter des solutions propres à améliorer le système, au moins à renverser son récent déclin. Il faudrait mettre l'accent sur les soins de longue durée, l'assurance-médicaments et chercher à tout prix



pharmacare system, a drug plan, and at all costs attempt to re-establish uniform aspects of health care in all the provinces or all across Canada. In doing this, we would maintain public control and particularly the administration, which I gather is one of the thrusts of this committee's study.

**The Deputy Chairman:** Thank you, Mr. Campbell. I will make sure that you are sent the reports we have released thus far and the ones we are about to release. We will be releasing two volumes in the next few weeks. We have released volumes 1 and volume 4, and we will make sure that you get volumes 2 and 3. I will ask the clerk of the committee to make a note of that so that you receive these things in the mail.

I would now ask Mr. Babb to come to the table.

**Mr. Clement Edwin Babb:** I will decline to come to the table, Madam Chair. I would be very pleased to withdraw and not go ahead. My world is not going to come to an end if I do not make a presentation, and I suspect that your world is not going to come to an end if you do not hear what I have to say.

**The Deputy Chairman:** But you have been so patient sitting here today.

**Mr. Babb:** No, I am okay. I have learned a great deal the last two days, so I am quite satisfied. To be practical about it, much of the impact of my terrific presentation was going to rest on being asked questions and then responding. On that basis, if you do not mind, I will withdraw.

**The Deputy Chairman:** Likewise, if there is any information you would like from the committee, we would be very happy to provide it. Thank you very much, Mr. Babb.

The committee adjourned.

à rétablir l'uniformité des soins de santé dans toutes les provinces ou d'un bout à l'autre du pays. Cela permettrait de conserver un contrôle et surtout une administration publique du système ce qui constitue, je crois, l'un des objectifs de l'étude du comité.

**La vice-présidente:** Merci, monsieur Campbell. Je vais veiller à ce qu'on vous envoie les rapports que nous avons publiés jusqu'ici et ceux que nous nous apprêtons à publier. Nous allons publier deux volumes au cours des semaines à venir. Nous avons déjà publié les volumes 1 et 4 et nous veillerons à ce que vous obteniez les volumes 2 et 3. Je vais demander au greffier d'en prendre note afin que vous les receviez par la poste.

Je vais maintenant demander à M. Babb de s'approcher.

**M. Clement Edwin Babb:** Je vais décliner votre invitation, madame la présidente. Je me ferai un plaisir de retirer ma demande. Ce ne sera pas la fin du monde, ni pour moi ni pour vous.

**La vice-présidente:** Mais vous avez suivi ces audiences toute la journée.

**M. Babb:** Non, ça va. J'ai beaucoup appris ces deux derniers jours et je suis satisfait. En fait, je voulais surtout avoir avec vous un échange de questions et de réponses. Dans ce cas, si vous n'y voyez pas d'inconvénient, je préfère m'abstenir.

**La vice-présidente:** Si vous désirez, vous aussi, que le comité vous fournisse certains documents, nous le ferons avec grand plaisir. Merci beaucoup, monsieur Babb.

La séance est levée.





*From Medtronic:*

Donald A. Hurley, President.

*From the Canadian Association of Retired Persons:*

Lillian Morgenthau, President and Co-founder:

Dr. Bill Gleberzon, Associate Executive Director.

*From the Canadian Association for Community Living:*

Cheryl Gulliver, President;

Connie Laurin-Bowie;

Margot Easton.

*From the Roeher Institute:*

Cameron Crawford, President.

*As Individuals:*

Clement Edwin Babb;

Robert S. W. Campbell.

*De Medtronic:*

Donald A. Hurley, président.

*De l'Association canadienne des personnes retraitées:*

Lillian Morgenthau, présidente et co-fondatrice:

Dr. Bill Gleberzon, directeur exécutif associé.

*De l'Association canadienne pour l'intégration communautaire:*

Cheryl Gulliver, présidente:

Connie Laurin-Bowie;

Margot Easton.

*De l'Institut Roeher:*

Cameron Crawford, président.

*À titre individuel:*

Clement Edwin Babb;

Robert S. W. Campbell.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Canadian Institute for Health Information:*

Michael Decter, Chairman, Board of Directors.

*From the Ontario Hospital Association:*

David MacKinnon, President and Chief Executive Officer.

*From the Registered Nurses Association of Ontario:*

Doris Grinspun, Executive Director.

*From McMaster University, Department of Economics:*

Jeremiah Hurley, Professor.

*From the University of Toronto, Public Health Science Department:*

Dr. Cameron Mustard, Professor.

*From the University of Toronto:*

Colleen Flood, Professor.

*From the Drug Trading Company Limited:*

Larry Latowsky, President and Chief Executive Officer;

Jane Farnham, Vice-President, Pharmacy.

*From the Canadian Pharmacists Association:*

Ron Elliott, President.

*From GlaxoSmithKline:*

Geoffrey Mitchinson, Vice-President, Public Affairs.

*(Continued on previous page)*

*De l'Institut canadien d'information sur la santé:*

Michael Decter, président, Conseil d'administration.

*De l'Association des hôpitaux de l'Ontario:*

David MacKinnon, président directeur général.

*De l'Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario:*

Doris Grinspun, directrice exécutive.

*De l'Université McMaster, Département d'économie:*

Jeremiah Hurley, professeur.

*De l'Université de Toronto, Département des sciences de la santé publique:*

Dr. Cameron Mustard, professeur.

*De l'Université de Toronto:*

Colleen Flood, professeur.

*De la Drug Trading Company Limited:*

Larry Latowsky, président directeur général;

Jane Farnham, vice-présidente, Pharmacie.

*De l'Association des pharmaciens du Canada:*

Ron Elliott, président.

*De GlaxoSmithKline:*

Geoffrey Mitchinson, vice-président, Relations publiques.

*(Suite à la page précédente)*



1  
26  
51



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

---

SÉNAT DU CANADA

---

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## **Social Affairs, Science and Technology**

## **Affaires sociales, des sciences et de la technologie**

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

---

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

---

Wednesday, October 31, 2001

---

Le mercredi 31 octobre 2001

---

**Issue No. 39**

**Fascicule n° 39**

**Thirty-second meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

---

**Trente-deuxième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

---

**WITNESSES:**  
(See back cover)

**TÉMOINS:**  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Maheu
Cook	Morin
Di Nino	Pépin
Keon	Robertson
Léger	Roche

*\* Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Change in membership of the committee:*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Léger substituted for that of the Honourable Senator Cordy (*October 31, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Maheu
Cook	Morin
Di Nino	Pépin
Keon	Robertson
Léger	Roche

*\* Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modification de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Léger est substitué à celui de l'honorable sénateur Cordy (*le 31 octobre 2001*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

MONTREAL, Wednesday, October 31, 2001  
(43)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day in the Jolliet Room of the Fairmont Queen Elizabeth Hotel, Montreal, Quebec, at 9:00 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Keon, Kirby, Léger, Maheu, Morin, Pépin, and Robertson (7).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, Research Officer.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For a complete text of the Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*As Individuals:*

The Honourable Claude Forget;

The Honourable Claude Castonguay;

André-Pierre Contandriopoulos, Professor, Faculty of Medicine, University of Montreal.

*From the Hôtel-Dieu Hospital, Quebec:*

Dr. Serge Boucher.

*From the Conseil du patronat du Québec:*

Mr. Gilles Taillon, President.

*From the Canadian Chamber of Commerce:*

Ms Nancy Hughes Anthony, President and Chief Executive Officer;

Mr. Michael N. Murphy, Senior Vice-President, Policy.

*As Individuals:*

Mr. Jean-Luc Migué;

Mr. Lee Soderstrom, Professor, Department of Economics, McGill University.

*From the Montreal Economic Institute:*

Mr. Michel Kelly-Gagnon, Executive Director;

Dr. Edwin Coffey, Retired Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University, and Former President of the Quebec Medical Association.

*From the Frosst Health Care Foundation:*

Dr. Monique Camerlain, President of the Board of Directors;

Ms Janet Dunbrack, Executive Director.

**PROCÈS-VERBAL**

MONTREAL, le mercredi 31 octobre 2001  
(43)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans le salon Jolliet de l'Hôtel Fairmont Le Reine Elizabeth, à Montréal (Québec), sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Keon, Kirby, Léger, Maheu, Morin, Pépin et Robertson (7).

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos, attaché de recherche.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale de l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

**TÉMOINS:**

*Témoignages à titre personnel:*

L'honorable Claude Forget;

L'honorable Claude Castonguay;

André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Faculté de médecine, Université de Montréal.

*De l'Hôpital Hôtel-Dieu de Québec:*

Dr. Serge Boucher.

*Du Conseil du patronat du Québec:*

M. Gilles Taillon, président.

*De la Chambre de commerce du Canada:*

Mme Nancy Hughes Anthony, présidente-directrice générale;

M. Michael N. Murphy, vice-président principal, Politiques.

*Témoignages à titre personnel:*

M. Jean-Luc Migué;

M. Lee Soderstrom, professeur, Département d'économie, Université McGill.

*De l'Institut économique de Montréal:*

M. Michel Kelly-Gagnon, directeur exécutif;

Dr Edwin Coffey, professeur adjoint retraité de la Faculté de médecine, Université McGill, et ex-président de l'Association médicale du Québec.

*De la Fondation Frosst pour les soins de santé:*

Dr Monique Camerlain, présidente du conseil d'administration;

Mme Janet Castonguay, directrice exécutive.

Messrs. Castonguay and Forget made statements and answered questions.

Dr. Boucher and Professor Contandriopoulos made statements and answered questions.

Ms Hughes Anthony and Mr. Taillon made statements and, together with Mr. Murphy, answered questions.

At 12:35 p.m., the committee suspended.

At 1:45 p.m., the committee resumed.

Mr. Migué and Professor Soderstrom made statements and answered questions.

Mr. Kelly-Gagnon and Dr. Coffey made a statement and answered questions.

Dr. Camerlain and Ms Dunbrack made a statement and answered questions.

At 3:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

ATTEST:

MM. Castonguay et Forget font une déclaration et répondent aux questions.

MM. Boucher et Contandriopoulos font une déclaration et répondent aux questions.

Mme Hughes Anthony et M. Taillon font une déclaration et, de concert avec M. Murphy, répondent aux questions.

À 12 h 35, le comité suspend ses travaux.

À 13 h 45, le comité reprend ses travaux.

MM. Migué et Soderstrom font une déclaration et répondent aux questions.

MM. Kelly-Gagnon et Coffey font une déclaration et répondent aux questions.

Mme Camerlain et Mme Dunbrack font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 55, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*Le greffier suppléant du comité,*

Till Heyde

*Acting Clerk of the Committee.*



## EVIDENCE

MONTREAL, Wednesday October 31, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, for those of us who have been across the country, so far this has been an extraordinary morning. We have with us today two Canadians who probably know more about the health care system than many of us, and certainly a lot more about the health care system than I do, so I am delighted to have a chance this morning to listen to two people whose opinions on the health care system I value so highly.

Our witnesses — and I think most of us know who they are — are the Honourable Claude Forget and the Honourable Claude Castonguay. Both men have an extraordinary background in the health care system, not only as ministers of health but also as people who have written extensively on the issue of health care reform. As usual, I will have each of them go through their opening statement, and then we can ask them questions as a panel. That seems to always work better.

Mr. Castonguay, I will begin with you, and then we will go to Mr. Forget, and then we will proceed with questions. Thank you both very much for coming. I know the busy schedules that you have, and having looked at your briefs I also know that you have taken this matter very seriously. As I say, I really appreciate your being here.

[*Translation*]

**The Hon. Claude Castonguay:** Thank you for your invitation. Given the time constraints we have, my comments will be quite brief and general.

First off, I think it is important to agree on our objective. We in fact have two systems here in Canada: hospitalization insurance and medical care insurance. These systems were set up during the 1960s when times were a bit different to today. The plan was to set up subsequent systems of the same type to cover other aspects of care. For all sorts of reasons, including an aging population, changes in the economy and a rapid rise in health spending, the systems were never put in place.

Today, we have a situation whereby hospital and medical care are insured but a whole range of often equally important care and services are not covered.

If we did not have the hospitalization and medical care insurance systems, we would look at the issue we are discussing in a significantly different way. It was with this in mind that

## TÉMOIGNAGES

MONTREAL, le mercredi 31 octobre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner la situation du régime de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, ceux d'entre nous qui ont sillonné le pays se rendent compte que nous vivons un matin extraordinaire. Nous accueillons aujourd'hui deux Canadiens qui connaissent probablement bien plus de choses sur le régime de soins de santé que beaucoup d'entre nous, et en tout cas beaucoup plus que ce que j'en sais. Je suis donc ravi d'avoir, ce matin, la possibilité d'écouter deux personnes dont les opinions sur le régime de soins de santé méritent la plus haute considération.

Nos témoins — et je crois que la plupart d'entre nous savons qui ils sont — sont l'honorable Claude Forget et l'honorable Claude Castonguay. Ces deux hommes ont des antécédents extraordinaires en ce qui concerne le régime de soins de santé. Non seulement ils ont été ministres de la Santé, mais ils ont également écrit d'abondance sur la question de la réforme des soins de santé. Comme d'habitude, je demanderais à chacun de nous de faire un exposé liminaire, et nous pourrions ensuite leur poser des questions. Cela semble être la méthode qui convient le mieux.

Monsieur Castonguay, je commencerai par vous, et nous passerons ensuite à M. Forget. Ensuite, nous passerons aux questions. Je vous remercie tous d'être venus. Je sais que vous êtes des personnes très occupées et, ayant parcouru vos mémoires, je sais également que vous avez pris cette démarche au sérieux. Je le répète, je vous sais vraiment gré d'être ici.

[*Français*]

**L'honorable Claude Castonguay:** Je vous remercie de votre invitation. Mes commentaires seront assez brefs et de nature assez générale étant donné le temps à notre disposition.

Il me semble, en premier lieu, qu'il est important de s'entendre sur l'objectif que nous poursuivons. Nous avons deux régimes, en fait, un régime d'assurance hospitalisation et de soins médicaux. Ces régimes ont été établis à des époques un peu différentes au cours des années 1960. Ils devaient normalement être suivis par des régimes de même nature qui auraient couvert d'autres aspects des soins. Pour toutes sortes de raisons, le vieillissement de la population, les changements dans l'économie, l'augmentation rapide des dépenses de santé, cette voie n'a pas été suivie.

Aujourd'hui on se retrouve avec une couverture des soins hospitaliers, une couverture des soins médicaux et toute une autre gamme de soins et de services qui sont bien des fois tout aussi importants mais ne sont pas couverts.

Si on reprenait la question aujourd'hui sans les régimes d'assurance hospitalisation et de soins médicaux, on poserait la question de façon passablement différente. C'est un peu dans cet

I interpreted the report that you have drafted and distributed to us and attempted to reply to some of the issues raised in the report.

You asked whether the problem should be looked at only from the fiscal point of view or whether the issue should also be considered in terms of the efficiency of the system we have. I believe that both questions apply. It is not sufficient to simply consider the issue from a fiscal standpoint, especially if that standpoint consists only in increased public spending.

It is clear that for some years now, the federal and provincial governments have not been in a position to keep pace with the rapid increase in costs and also the practically infinite demand for health care of one sort or another.

We have to attempt to make the system as productive and efficient as possible, but we also have to look at the wider funding issue and not just limit ourselves to public funding. We have to think about other sources of possible funding.

As for productivity or efficiency in the system, well, I think if we were to look at what has been achieved in the private sector over the past 30 years, if we assessed how service delivery has evolved and how industry has succeeded in reaching levels of productivity which are significantly higher than they were 10, 20 or even 30 years ago, if we were to look at all that, we would find that we still have a long way to go in the health sector.

You mentioned this issue in your report. I do not want to get into specifics here, but it is clear that we could increase productivity in the health system by 10 per cent, 15 per cent or even 20 per cent. I really have no idea what a realistic percentage would be, but what is clear is that a significant improvement could be made.

As for funding, we must go further than simply looking at possible additional sources of funding, and also study how the funding system works currently.

In Quebec — I would imagine that to a certain extent, the same applies to the other provinces — the existing funding system does not encourage innovation, healthy competition between facilities of the same type, where competition is possible, and gives no incentive to increase efficiency. On the contrary, in many cases the system penalizes attempts to increase efficiency.

The financial contribution to be made by Canadians is another issue that you raise in your report. These user fees are equated? to a two-tier system.

Currently, Canadians have 100 per cent coverage for hospital care and complete coverage also for medical care. We know that even in the case of medical care, this coverage is far from comprehensive. When a person requires medical care outside a hospital, a large proportion of services are not covered. Very often the care they require is quite expensive. Take radiology for example,

esprit que j'ai interprété le rapport que vous avez préparé, que vous nous avez distribué et que j'essaie de répondre à certaines des questions soulevées dans le rapport.

Vous posez la question suivante: doit-on envisager le problème uniquement du point de vue financier ou doit-on le poser également en termes d'efficacité du système en place? Je crois qu'on doit poser les deux questions. Simplement l'envisager du point de vue financier n'est pas suffisant, surtout si on l'envisage uniquement par une addition des dépenses publiques.

Il est clair que depuis un certain nombre d'années, le gouvernement fédéral et les gouvernements des provinces ne sont pas en mesure de suivre l'augmentation rapide des coûts et aussi le fait que la demande est pratiquement illimitée en matière de santé.

Il faut chercher la plus grande productivité ou la plus grande efficacité possible dans le système, d'une part, et d'autre part, voir la question du financement dans une dimension plus large que simplement le financement public. Il faut envisager d'autres sources de financement.

Quant à la productivité ou à l'efficacité du système, si on examine ce qui s'est fait dans le secteur privé au niveau des entreprises depuis une trentaine d'années, si on examine comment les moyens de produire les services ont évolué et comment les entreprises ont réussi à atteindre de niveaux de productivité extrêmement plus élevés qu'il y a 10, 20 et 30 ans, on se rend compte que dans le domaine de la santé, il y a encore énormément à faire.

Vous le soulignez dans le rapport. Je ne peux pas entrer dans les détails, mais il est clair qu'on pourrait augmenter la productivité du système de santé de 10 p. 100, 15 p. 100, 20 p. 100. Je n'ai pas d'idée sur un pourcentage qui pourrait être réaliste, mais il est clair qu'une augmentation significative pourrait être apportée.

Quant au financement, il ne s'agit pas non plus uniquement d'examiner les sources additionnelles de financement possibles, mais il faut examiner comment le système de financement fonctionne présentement.

Au Québec — j'imagine que c'est dans une certaine mesure la même chose dans les autres provinces — le système de financement en place n'encourage pas l'innovation, une saine concurrence entre des établissements de même nature, là où c'est possible, et ne comporte pas d'incitatifs à plus d'efficacité. Au contraire, dans bien des cas, le système pénalise la recherche d'une plus grande efficacité.

La contribution financière des citoyens est une autre question que vous soulevez dans votre rapport. Elle est soumise dans le système à un niveau ou à deux niveaux, à une vitesse ou à deux vitesses.

Présentement, les citoyens sont couverts à 100 p. 100 pour les soins hospitaliers qu'ils reçoivent et à 100 p. 100 des soins médicalement requis. On sait que même dans le cas des soins médicaux, cette couverture est loin d'être complète. Dès que les soins médicaux sont requis à l'extérieur de l'hôpital, une bonne partie d'entre eux ne sont pas couverts. Bien souvent ces soins sont assez onéreux, en radiologie, par exemple.



Drugs are more or less covered depending on the province. Even if drugs are indeed covered, patients and those Canadians requiring medication are required to pay a large part of the price, which varies from one province to another.

As for care outside the hospital setting, home care or even other types of care such as dental and therapeutic care, these are not covered. Often, these types of care are just as important as medical care, especially for the elderly and for those who need certain types of care to allow them to go about their daily lives.

It seems to me that the issue of user fees should be looked at from a broader perspective than is the case currently. Resources should be more effectively targeted when costs are higher and this is all the more true when needs are greatest.

In your report, you refer to Canadians' right to health care. This right ushers in an interesting debate. The report refers to the Charter and to the fact that the courts will be the ones to hand down a definitive definition of the provisions of the Charter.

Obviously, this may be a lengthy process. Even if the right to health care is recognized, this right will always be conditional on available resources and treatment capacity. It seems to me that it would be much more appropriate to look at the issue of the freedom of Canadians to choose.

Many people — I am sure that you know some and I know some — are not necessarily rich, but, when it comes to quality of life and health care needs, they are prepared to pay for care outside the hospital setting. Currently, this is not possible in many cases, because the whole system is public-centric.

The freedom for Canadians to make choices about their own health care seems to me to be a very important issue. We do not judge someone who wants to buy a more expensive house or automobile. Why then would we deny that person the right — if he/ or she so desires — to have an active role in his or her own health care?

You have discussed the cost of medication. It seems to me that the real issue here is the use of medication, how this medication is prescribed, giving patients more information on medication, on health professional-issued prescriptions and the use of these prescriptions by patients.

Dr. Morin and I looked at this issue in committee a few years ago. We were struck by the amount of work that remains to be done here. The issue is not just one of the cost of medication but also one of the proper use of medication.

Quite rightly, you refer to the importance of developing primary care and home care. It is my view, particularly in terms of home care, that if we look at this issue from the perspective of

Les médicaments sont plus ou moins couverts selon les provinces. Même s'ils sont couverts, les patients ou les bénéficiaires sont appelés à contribuer à une partie importante de leurs coûts qui varient d'une province à l'autre.

Lorsqu'on arrive aux soins hors de l'hôpital, les soins à domicile ou encore d'autres soins tels que les soins dentaires, les soins thérapeutiques, généralement, ces soins ne sont pas couverts. Souvent ils sont tout aussi importants que les soins médicaux, particulièrement pour les personnes qui vieillissent et qui ont besoin d'une certaine gamme de soins de support au point de vue de leur capacité de fonctionner.

Il me semble que la question de la contribution financière des citoyens, lorsqu'ils reçoivent des soins ou services, devrait être envisagée d'une façon un peu plus large que ce n'est le cas présentement. Les ressources devraient être davantage ciblées lorsque les coûts sont les plus élevés ou encore lorsque les besoins sont les plus grands.

Dans votre rapport, vous parlez du droit des citoyens à la santé. Ce droit suscite une discussion intéressante. On fait référence à la Charte et au fait qu'éventuellement les cours seront appelées à définir les dispositions de la Charte.

Cette voie évidemment peut être longue. Même si on reconnaissait le droit à la santé, il reste qu'il sera toujours relatif et conditionné par les ressources disponibles et la capacité de traiter. Il me semble beaucoup plus approprié d'examiner cette question de la liberté de choix des individus.

Bien des personnes, vous en connaissez et j'en connais, ne sont pas nécessairement des gens fortunés mais, pour leur qualité de vie et leurs besoins, sont disposés à payer pour des soins hors de l'hôpital. Présentement il n'est pas possible dans bien des cas de le faire parce que tout le système est orienté vers le système public.

La liberté de choix des citoyens à l'égard de leur santé me semble une question fort importante. On ne porte pas de jugement sur une personne qui veut acquérir une maison plus onéreuse ou une automobile plus coûteuse. Pourquoi est-ce qu'on lui refuse le droit, si elle le souhaite, de vouloir intervenir sur sa propre santé?

Vous avez eu une discussion qui porte sur le coût des médicaments. Il me semble qu'on doit examiner davantage la question de l'utilisation des médicaments et comment ceux-ci sont prescrits: comment les patients devraient être davantage informés sur les médicaments, sur les ordonnances des professionnels, sur leurs utilisations par les patients.

Le docteur Morin et moi avons examiné cette question il y a quelques années dans le cadre d'un comité. Nous avons été frappés par le fait qu'il y aurait beaucoup à faire de ce côté. Ce n'est pas uniquement la question du prix des médicaments qui doit être posée mais celle de la bonne utilisation des médicaments.

Vous parlez avec raison de l'importance de développer des soins primaires et des soins à domicile. À mon avis, particulièrement en ce qui a trait aux soins à domicile, si on envisage cette

developing home care within the well-established public format, we are likely to run into an enormous difficulty.

When I was Minister of Health 30 years ago, we were discussing the development of home care then. Despite all that has been said and done on this issue over the past 30 years, huge needs remain to be addressed. This type of care does not lend itself at all to the public system that exists for hospital care, for example.

It is very important to develop fiscal measures to allow Canadians to decide for themselves whether they want care in the existing well-established system or whether they prefer to get care somewhere else.

As for primary care in the clinic setting, I think that we still have a long way to go. In Montreal, there are some fairly well structured and efficiently organized clinics, but many clinics are not sufficiently organized to allow doctors to work as efficiently as possible. These clinics do not have the support staff they need to develop high levels of productivity.

These objectives will not necessarily be achieved through regulated and structured government programs, but possibly through tax incentives to encourage the development of well-organized and efficient clinics.

**The Hon. Claude Forget:** Mr. Chairman, I submitted a written text to your committee but I will not read it. Instead, I will highlight the main ideas and the reasons behind the suggestions made in this text.

First of all, I would like to congratulate you on your decision to launch a wide-open debate, one without restrictions. I think that it is high time that we set aside political correctness when it comes to matters of health. It has become a type of barrier that prevents us from doing what needs to be done. The Senate is in an excellent position to deal with this very difficult challenge. For some, our health services are a symbol of Canadian citizenship. At any rate, our health care services represent, for everyone, one of the most important aspects of life. Any attempt to change them results in a great deal of concern.

However, I want to assure you that for all the groups interested in health issues and with which I am associated, your work and the direction you appear to want to give it are generating a lot of expectations and hope. Everyone realizes how difficult it is to do what needs to be done in the absence of any clear political signal that changes are indeed possible. Right now, this feeling does not prevail. You have a big role to play. I am pleased that you are giving out signals that lead us to believe that you are in fact going to play this role.

The remarks contained in my text do not cover all of the proposals that you submitted to the public a few weeks ago. Not all of the aspects are equally important. Moreover, it would be unrealistic to believe that we could resolve all the problems in such a vast sector at the same time. I tried to identify two areas that are particularly frustrating. Rather than urge you to be guided

question par le biais de développement de soins à domicile dans des structures publiques bien établies, on risque fort d'avoir énormément de difficultés.

Selon mon expérience, il y a trente ans, lorsque j'étais ministre de la Santé, nous parlions du développement des soins à domicile. Malgré tout ce qui a pu être dit et fait au cours des trente dernières années, des besoins énormes ne sont pas comblés. Ce sont des soins qui s'organisent mal dans des structures publiques telles qu'on les connaît pour les soins hospitaliers, par exemple.

Il est très important d'envisager des mesures fiscales pour faire en sorte que les gens puissent prendre des initiatives eux-mêmes de différentes façons et non pas uniquement dans un système bien structuré.

Quant aux soins primaires, dans les cliniques, il y a énormément à faire à mon avis. À Montréal, nous avons quelques cliniques assez bien structurées et organisées, mais un grand nombre de cliniques n'ont pas vraiment l'organisation suffisante pour faire en sorte que le travail du médecin soit maximisé et appuyé par une équipe où chacun assume sa tâche afin d'atteindre un niveau supérieur de productivité.

Ces objectifs ne se réaliseront pas nécessairement par des programmes publics réglementés et structurés, mais ils pourraient l'être par certains avantages fiscaux visant à favoriser le développement de cliniques bien organisées et efficaces.

**L'honorable Claude Forget:** Monsieur le président, j'ai communiqué à votre comité un texte écrit dont je ne ferai pas la lecture. Je vais plutôt tenter d'en dégager certaines idées principales et la raison qui m'a amené à vous proposer les éléments que ce texte contient.

En premier lieu, je veux vous féliciter de votre décision d'ouvrir ce débat sans réserve, sans restriction. Je crois que nous avons un grand besoin de mettre de côté la rectitude politique relativement aux questions de santé. Elle est devenue une espèce de chape de plomb qui empêche de faire ce qui devrait être fait. Le Sénat est dans une excellente position pour relever ce défi très difficile. Nos services de santé sont un symbole de la citoyenneté canadienne pour certains. Ils sont de toute manière pour tout le monde un des éléments les plus importants de leur vie. Toute tentative pour les modifier suscite beaucoup d'inquiétudes.

Par contre, je veux vous assurer que parmi tous les groupes que je fréquente et qui s'intéressent à la question de la santé, l'existence de votre travail et l'orientation que vous semblez devoir lui donner suscitent énormément d'attentes et d'espoir. Tout le monde ressent la difficulté de faire ce qui devrait être fait tant qu'il n'y a pas sur le plan politique un signal clair que des changements sont possibles. Ce sentiment ne prévaut pas actuellement. Vous avez un très grand rôle à jouer. Je me réjouis que vous donniez tous les signes qui laissent croire que vous allez effectivement le jouer.

Les remarques dans mon texte ne couvrent pas tous les éléments des propositions que vous avez soumises au public il y a quelques semaines. Tous les éléments ne sont pas également importants. D'ailleurs il est irréaliste de croire que l'on pourrait tout régler les problèmes d'un aussi vaste secteur en même temps. J'ai essayé d'identifier deux zones particulièrement riches en



by your principles. I tried to sketch out, in as concrete terms as possible, an idea of what the system, which would provide Canadians with all the benefits of the current system but in a radically different way, would be like.

I focused on two sectors which, in my opinion, are problematic: primary care and research and teaching hospital centres, the university hospital centres. That does not cover the full range of all the costs funded by the governments. Each sector represents more or less 25 or 30 per cent of the total costs. Together, these two sectors represent perhaps slightly more than half of the costs. However, the problems found in these sectors are much more difficult and troubling than those found elsewhere.

It would be difficult to be very concerned about health, compared to all the rest, without being concerned about, on the one hand, primary care, primary services, and on the other hand, specialized services. The nature of the concern is very different.

In the primary care area, I can assure you without a doubt, and this is something that you have probably already observed, that there is a very broad consensus in Canada about the need to completely rethink the way we provide primary care. Moreover, you refer to this fact in your consultation document. I think that this is quite true. The solution that is being formulated would be based on two main aspects: rostering, meaning that Canadians would register with organizations providing them with a specific range of services for which they would have a choice and a per capita funding system.

I described such a system in my remarks. I go a little bit further than what I described in the book that my wife and I published three years ago, where we recommended per capita funding.

It seems to me that the per capita funding system, as significant or attractive as it may be, does not go far enough to position primary care where it should be, namely, in a direct relationship with the user or consumer. I propose that we eliminate the government's role as an intermediary. Governments intervene between the public and primary care clients by collecting taxes and returning this tax money for service delivery.

But during this long detour, the user public is deprived of an essential lever, namely, the opportunity to use this economic power directly, which would enable it, by having choices, to exert the necessary pressure in order to obtain the quality and accessibility of services it demands.

Thirty years ago, Claude Castonguay and I initiated, in this province, a reform in which we had placed a great deal of hope: the CLSCs, the local community service centres. These centres were established in Quebec. Significant resources were given to them. According to significant testimony, it is obvious that where these centres succeed in providing services, their role and their contribution are greatly appreciated.

frustrations. Plutôt que de vous exhorter à vous inspirer de vos principes, j'ai essayé de formuler, de la façon la plus concrète possible, une idée de ce que pourrait être un régime qui fournirait aux Canadiens tous les avantages du régime actuel mais qui serait profondément différent.

Je me suis interrogé à deux secteurs problèmes qui sont, à mon avis, respectivement les soins primaires et les centres hospitaliers de recherche et d'enseignement, les centres hospitaliers universitaires. Cela ne couvre pas l'éventail de tous les coûts sur le plan de l'effort financier requis des gouvernements. Chaque secteur correspond, grosso modo, à environ 25 ou 30 p. 100 de la totalité des coûts. Ces deux secteurs regroupés représentent peut-être un peu plus de la moitié des coûts. Les problèmes qu'on y retrouve sont beaucoup plus difficiles et beaucoup plus préoccupants que ceux que l'on retrouve ailleurs.

Il est difficile de concevoir que nous aurions beaucoup d'inquiétude au sujet de la santé, par rapport à tout ce qui reste, qui ne soit, d'une part, les soins primaires, les services primaires, et d'autre part, les services ultra-spécialisés. La nature des inquiétudes est bien différente.

Dans le domaine des soins primaires, je peux vous assurer, sans erreur, c'est une chose que vous avez probablement déjà constatée, qu'il y a un large consensus au Canada sur la nécessité de faire quelque chose pour repenser profondément les soins primaires. D'ailleurs, vous y faites allusion dans votre rapport de consultation. Je pense que c'est tout à fait vrai. La nature de la solution qui se dégage reposerait sur deux éléments essentiels: le «rostering», c'est-à-dire l'inscription des Canadiens auprès d'organismes leur offrant un éventail précis de services entre lesquels ils auraient le choix et un système de financement par capitation.

Dans mes remarques, j'ai décrit un tel système. Mon cheminement va un peu plus loin que celui que j'ai décrit dans le livre que j'ai publié avec mon épouse il y a trois ans et où, justement, la capitation était proposée.

Il me semble que le régime de capitation, si important ou intéressant qu'il soit, ne va pas suffisamment loin pour replacer les soins primaires là où ils devraient être, c'est-à-dire dans une relation directe avec l'utilisateur ou le consommateur. Je propose d'éliminer le rôle d'intermédiaire des gouvernements. Les gouvernements interviennent entre le public et les prestataires de services primaires en percevant les impôts et en retournant les produits des impôts pour la prestation des services.

Mais dans ce long détour, le public utilisateur est privé d'un levier essentiel, à savoir la possibilité de disposer lui-même directement du pouvoir économique qui lui permettrait, en ayant des choix, d'exercer la pression nécessaire pour obtenir la qualité et l'accessibilité de services qu'il réclame.

Dans cette province, il y a trente ans, M. Claude Castonguay et moi avons initié une réforme dans laquelle nous placions énormément d'espoir: les CLSC. Ils se sont développés au Québec. Des ressources importantes leur ont été consenties. Il est évident, selon des témoignages significatifs, que là où ils réussissent à donner les services, leur rôle et leur contribution sont fort appréciés.

Despite that and despite the fact that these centres developed a type of very loyal client base that believed in them, we are compelled to observe that, 30 years down the line, these centres are not playing, either in reality or in the eye of the public, the role that had been given to them. This is due in large part to the fact that the structures were developed within the public sector, a point alluded earlier by Mr. Claude Castonguay, which put many limitations on their effectiveness and development.

I would suggest a refundable tax credit which would enable Canadians to be on the first line as service consumers. As for financial accessibility, they could benefit from all of the universality provided by the current system, but once again, the government would no longer play the role of intermediary.

My text contains certain details which I feel are essential in order to respond to anticipated objections. I will not delve into these arguments in my verbal presentation.

For many years I have experienced first-hand the problem associated with a second aspect; namely, the management dead end that is restricting the facilities, the institutions that provide high level services. Canada has about 30 or so major third- and fourth-level centres where teaching and research are done.

This is where Canadians expect to have the most difficult and acute problems attended to, but also where they lay their hopes for the scientific and technological advances of tomorrow.

However, it is there, as well as at various government levels, that costs are apparently spiralling out of control. To a large extent, this is where we find the most acute financial problems pertaining to technology, new drugs and intense management difficulties within the public sector.

It is desirable if not essential that we limit rising costs in the health sector. Taxpayers must come to terms with this reality. If promises are made to limit costs over the long term, they will be empty promises given the aging population and the tremendous development of new techniques, new procedures, new drugs and new equipment.

We must accept the fact that costs will rise. To contain costs within a reasonable limit, without doing damage, we must come to the realization that we need to put an end to the current system, where those who are responsible for managing these institutions are deprived of the means to do so. Let us give this matter some thought. We are dealing with a sector where we cannot do any financial planning whatsoever for any management program because, over the past 10 years, the budgets given to administrators have been totally unpredictable. Not only have they been unpredictable, they have been subject to extreme

En dépit de cela et en dépit du fait qu'ils ont développé une espèce de clientèle très fidèle et très convaincue, il faut bien constater qu'après trente ans, ils n'occupent pas, ni dans la réalité, ni dans la perception du public, le rôle qui leur avait été assigné. Cela est dû, dans une large part, au fait que ces structures ont été développées dans le secteur public; c'est d'ailleurs un concept auquel M. Claude Castonguay faisait allusion tout à l'heure, ce qui a placé des limites multiples à leur efficacité et à leur rayonnement.

Je suggère un crédit d'impôt remboursable qui permettrait aux Canadiens d'être sur la première ligne comme demandeurs de services. Quant à l'accessibilité financière, ils pourraient bénéficier de toutes les caractéristiques d'universalité que le régime actuel nous donne, mais encore une fois, en supprimant ce rôle d'intermédiaire.

Je donne dans mon texte certains détails qui m'apparaissent essentiels pour répondre par anticipation à certaines objections: ce sont des arguments sur lesquels je ne reviendrai pas dans mon exposé verbal.

Le deuxième élément dont depuis plusieurs années je vis assez directement les manifestations, c'est l'espèce de cul-de-sac de la gestion dans lequel sont confinés les établissements, les institutions qui donnent les services de plus haut niveau. Le Canada dispose d'à peu près une trentaine de grands centres de troisième et quatrième niveaux, où se font l'enseignement et la recherche.

C'est là où les Canadiens s'attendent de recevoir non seulement la solution aux problèmes les plus difficiles et les plus aigus, mais où ils voient la promesse de voir se réaliser tout ce que les développements de la science et de la technologie permettent d'envisager pour l'avenir.

Par contre, c'est là également qu'aux divers paliers de gouvernements, on constate une croissance apparemment incontrôlable des coûts. Dans une large part, le problème financier de la technologie, des nouveaux médicaments, des difficultés de gestion intenses du secteur public s'y retrouve de la façon la plus aiguë.

Cela est souhaitable, sinon essentiel, pour plafonner la hausse des coûts dans le secteur de la santé. Les contribuables doivent se réconcilier avec cette réalité. La promesse, si elle était faite, d'un plafonnement des coûts sur une longue période, compte tenu, d'une part, du vieillissement de la population et, d'autre part, du développement intense de nouvelles techniques, de nouvelles procédures, de nouveaux médicaments, de nouveaux appareils, serait une promesse illusoire.

Il faut accepter une croissance des coûts. Pour la contenir à l'intérieur de limites raisonnables, sans faire de dégâts, il faut se rendre compte qu'il est impératif de faire cesser le régime actuel, celui où on enlève à ceux qui sont responsables de la gestion de ces établissements tous les moyens de les gérer. Qu'on y pense un peu. On a un secteur qui ne peut absolument pas planifier financièrement quelque programme de gestion que ce soit, puisqu'au cours des derniers dix ans, les budgets des gestionnaires étaient totalement imprévisibles. Non seulement étaient-ils imprévisibles, ils ont été soumis à des variations extrêmes, vers le



fluctuations, both upward and downward, and often in retroactive fashion. More financial stability is essential.

Furthermore, departments of health in all of the provinces have experienced instability, not only amongst the ministers but also amongst the officials. The number of years of experience of this very complex network within our health departments is constantly declining. We find ourselves dealing with people who must constantly reinvent the wheel, who are working without the required continuity, without any stability in direction. To resolve this problem, the criterion of public administration found in the national legislation should not be interpreted as narrowly as it has been in the past: we must, in fact, put some distance between governments and those responsible for managing this program.

In order to secure this relative independence, I would suggest — this is just one of many possibilities but I think that it may contain many advantages — the adoption of a tax system designed specifically for health.

A health tax system would be separate from income tax. It is, however, the tax best able to provide us with an acceptable financial base. It would become an earmarked tax. This allocation would be integrated into federal-provincial agreements. Given the inflexibility of these agreements, it would provide financial stability, foreseeable revenue and a transparent Canadian tax system as compared to the American tax system. It would become more visible. We would understand better that the high taxes that we pay are because of health, which the Americans do not have to pay for, at least not to the same extent.

We need to give the administrators in this key health sector all of the management instruments they require. Currently, all of the provinces are talking about comprehensive funding. This is, to some extent, a joke in poor taste because the funding provided by the governments is a refund for salaries and supplies.

It excludes capital spending, expenditures for equipment over which the administrators have no control, since such expenditures are left to the discretion of officials or ministers. As such, these expenditures are subject to all the vagaries of the political situation. Planning is, therefore, impossible and, as far as current expenses are concerned, medical fees are deemed to be a separate envelope.

An administrator's objective is to get his or her hands on all of the instruments that will allow an institution to progress. There is always a trade-off between rising operating costs and capital spending, for example, but these are choices that administrators are not entitled to make. They are subject to all kinds of arbitrary decisions. Then, everybody is surprised by uncontrollable costs. How are costs supposed to be controllable when those who incur the costs cannot do anything about them? Once again, this sector will continue experiencing rising costs. We must accept this reality. We need to give ourselves the means to manage this sector much more professionally by doing away with the inflexibilities

haut et vers le bas, et souvent de manière rétroactive. Il est impératif que l'on ait une stabilité financière plus considérable.

Nous avons également connu aux ministères de la Santé, dans toutes les provinces, une instabilité, non seulement des ministres mais des fonctionnaires. Le nombre d'années d'expérience de ce réseau extrêmement complexe de nos ministères de la santé a constamment diminué. On se retrouve devant des gens qui doivent réinventer la roue constamment, qui ne travaillent pas dans une continuité, dans une stabilité d'orientation qui seraient nécessaires. Pour résoudre ce problème, il faut envisager que le critère d'administration publique, que l'on retrouve dans la loi nationale ne soit pas interprété d'une manière étroite comme dans le passé, permette justement d'établir une certaine distance entre les gouvernements et ceux qui sont responsables de gérer ce programme.

Afin de bien asseoir cette relative indépendance, je suggère — c'est une formule parmi d'autres mais je pense qu'elle serait susceptible d'avoir plusieurs avantages — l'adoption d'un régime de fiscalité affecté spécifiquement à la santé.

Un tel régime d'impôt sur la santé serait détaché de l'impôt sur le revenu. C'est quand même l'impôt le plus susceptible de nous fournir une base de financement acceptable. Il deviendrait un impôt affecté. Cette affectation serait incorporée dans un accord fédéral-provincial. Compte tenu de la rigidité de ces ententes, il fournirait, d'une part, la stabilité financière, la prévisibilité des revenus et, d'autre part, une transparence de la fiscalité canadienne lorsqu'on la compare à la fiscalité américaine. Il deviendrait plus visible. Nous saurions davantage que les impôts élevés que nous payons sont attribuables à la santé, ce que les Américains n'ont pas à faire, du moins pas au même degré.

Nous avons besoin, pour donner aux gestionnaires dans ce secteur névralgique de la santé, de tous les instruments de gestion. Actuellement, toutes les provinces parlent de financement par budget global. C'est une plaisanterie de mauvais goût dans un certain sens puisque le financement fourni par les gouvernements est un remboursement des salaires et des fournitures.

Il exclut les dépenses en capital, les dépenses d'équipement qui échappent au contrôle des gestionnaires, puisqu'elles sont carrément laissées à la discrétion des fonctionnaires ou des ministres. Elles sont sujettes, à ce titre, à tous les aléas de la conjoncture électorale. La planification est donc impossible et même dans les dépenses courantes, les honoraires médicaux sont considérés comme une enveloppe séparée.

Le but d'un gestionnaire est d'obtenir entre des mains uniques l'ensemble des instruments qui permettent de faire évoluer une institution. Il y a toujours des «trade-off» entre l'augmentation des coûts de fonctionnement et les dépenses en capital, par exemple, mais ce sont des choix que les gestionnaires n'ont pas l'autorité de faire. Ils sont soumis à toutes sortes d'arbitraires. Par la suite, on s'étonne des coûts incontrôlables. Comment seraient-ils contrôlables puisque ceux qui les encourent ne peuvent rien faire? Encore une fois, ce secteur où les coûts ont été en croissance, continuera de l'être. Il faut accepter cette réalité. Il faut se donner les moyens de gérer ce secteur de manière beaucoup plus

and artificial barriers that, for historical reasons and without really wanting to do so, the governments created in this sector.

Mr. Chairman, this is a summary of the two sectors which I feel are most likely to be improved. We must bring the primary care services closer to the citizens, giving them the means to have some influence on the system so that it reflects their needs, while at the same time maintaining social equity. Furthermore, we need to give real instruments to the administrators of the 30 largest centres in the country so that these administrators can be responsible, accountable in the real sense of the word, for the resources that society has given to them.

If I may, Mr. Chairman, one final remark. In a presentation that was conceptually different, Mr. Hugh Segal, who is president of the Institute for Research on Public Policy — who unfortunately could not be here this morning — asked me, since I had an opportunity to cooperate with the Institute with respect to some initiatives in the health sector, to remember the Institute to you. He asked me to draw two Institute publications to your attention: one is — and this perhaps goes against my natural modesty — the book that my wife and I published in 1998, and the other is a document published in September 2000 which contains recommendations to federal and provincial first ministers who were meeting at that time to discuss health funding.

You will find in these documents — unfortunately, they are no longer available, but we did manage to find you a few copies — most of the ideas that were presented this morning by Claude Castonguay, myself and no doubt a number of other witnesses. There is a consensus about the need for change. Once again, I will close by inviting you to be as bold and daring as possible in your recommendations.

[English]

**The Chairman:** Thank you very much, both of you, for presentations that will certainly spark some questions.

[Translation]

**Senator Morin:** Mr. Chairman, I would first like to thank our two witnesses. For those who may not know, these two people spearheaded the creation of the health care distribution system that exists in Quebec. Major reforms that were implemented 30 years ago are still being used as models, not only for other provinces in Canada, but also abroad.

One example is the CLSCs, the local community service centres, which are working well in a special context, and a number of other initiatives that have been cited over the years and that are the fruits of the remarkable work done at that time by my two friends, Claude Castonguay and Claude Forget.

I would like to ask Claude Castonguay a question. I completely agree with the points that you have raised: productivity increases and competition. Private insurance would apply to certain private clinics for services that are not available in hospitals.

professionnelle en éliminant les rigidités et les barrières artificielles que, sans le vouloir vraiment, pour des raisons historiques, les gouvernements ont constituées dans ce secteur.

Voilà, monsieur le président, le sommaire des deux secteurs qui m'apparaissent les plus susceptibles de subir une amélioration. D'une part, il faut approcher les services primaires des citoyens, en leur donnant les moyens d'avoir une influence conforme à leurs aspirations, en ne sacrifiant rien de l'équité sociale et, d'autre part, il faut donner aux gestionnaires de la trentaine des institutions les plus importantes du pays les instruments véritables pour qu'ils soient imputables, responsables, comptables dans le sens propre du mot, des ressources que la société leur confie.

Si vous me permettez, monsieur le président, une dernière remarque. Dans une présentation conceptuellement différente, M. Hugh Segal, président de l'Institut de recherche en politique publique — qui malheureusement ne pouvait pas être ici ce matin — m'a demandé, puisque j'ai eu l'occasion de collaborer avec l'Institut dans un certain nombre d'initiatives dans le secteur de la santé, de rappeler l'Institut à votre bon souvenir. Il me demande de vous signaler deux publications de l'Institut: l'une est — c'est peut-être un accroc à ma modestie naturelle — le livre que mon épouse et moi avons publié en 1998 et l'autre, un document publié en septembre 2000 qui se voulait une recommandation aux premiers ministres fédéral et provinciaux qui se réunissaient à ce moment pour débattre du financement de la santé.

Vous retrouvez dans ces documents — malheureusement ils ne sont plus disponibles mais on a réussi à vous en trouver quelques copies — la plupart des idées qui ont été exposées ce matin par M. Claude Castonguay, moi-même et sans aucun doute plusieurs de vos invités. Un consensus existe sur la nécessité des changements. Encore une fois je termine en vous invitant à être aussi courageux et audacieux que possible dans vos recommandations.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie tous deux de vos exposés, qui vont certainement susciter des questions.

[Français]

**Le sénateur Morin:** Monsieur le président, je voudrais d'abord remercier nos deux invités. Pour ceux qui ne le savent pas, ce sont les deux artisans du système de distribution de soins que nous avons au Québec. Les réformes importantes qui ont été mises en place il y a maintenant trente ans servent encore de modèles non seulement pour les autres provinces du Canada mais aussi à l'étranger.

On a cité, par exemple, les CLSC, qui fonctionnent bien, dans un contexte spécial et plusieurs autres initiatives qui depuis ce temps sont citées et qui sont dues vraiment au travail remarquable à cette période de mes deux amis, Claude Castonguay et Claude Forget.

Je voudrais poser une question à Claude Castonguay. Je suis tout à fait d'accord avec les points que vous avez soulevés: l'augmentation de la productivité, la concurrence. L'assurance privée s'appliquerait dans certaines cliniques privées pour des services qui ne se donnent pas à l'hôpital.



We also talk about coinsurance when we talk about individual contributions. We talk about the development of private clinics and their advantages, home care based on premiums and tax credits. Home care is used mainly for acute care and chronic care, especially by low-income elderly people. It is that segment of the population that uses home care most. How can we use tax credits for people who do not pay taxes? In those cases, perhaps there could be a government contribution.

In Quebec, we have a pharmacare system that is the best in Canada. It is not perfect. Our system of coinsurance, among other things, is criticized, but it is certainly the best system in Canada.

I would like to hear your opinion about the situation in some provinces where there is a complete lack of coverage, which leads to disastrous situations. This happens in the poorest provinces. In other provinces, the system is a partial one, et cetera. Given the current fiscal realities, how could we set up a pharmacare system that would provide at least some protection against catastrophe for all Canadians, keeping in mind that some provinces are poor and perhaps cannot create a system like the one in Quebec? Does it require funding from the federal government? In other words, do we need to provide a system for all of Canada to protect against high drug costs?

**Mr. Castonguay:** To begin with, I would like to thank you for your comment about how good the Quebec pharmacare system is. I know that your comment is very objective and not subjective.

I believe that drug insurance is very important. In fact, between 70 and 75 per cent of people come out of their doctor's office with a prescription. In many other cases, medication is the only treatment available for people who can stay in their homes as a result. These drugs give them a certain amount of control over their state of health.

In other words, prescription drugs have become an essential part of health care. So it seems to me that it is illogical to cover 100 per cent of medical care but not the cost of drugs, except in certain special cases. Drug costs have increased so much that they have now moved ahead of medical fees.

To get back to your question, if the federal government were to allocate a part of the funds spent on drugs, it could do so by letting to the provinces take the initiative and experiment or develop whatever systems seemed most appropriate to them. Provinces could learn from each other and develop some experience. Some practices would probably be adopted fewer than others.

In other words, if the federal government were to commit funds to this specific purpose, I do not think that we should at the same time try to develop an identical coverage model for all provinces.

On parle aussi de coassurance lorsqu'on parle de la contribution des citoyens. On parle du développement des cliniques privées et des avantages de celles-ci, des soins à domicile sur la base de déduction et de crédits fiscaux. Ces soins à domicile sont surtout utilisés pour des soins aigus, des soins chroniques, surtout par des personnes âgées à faible revenu. Cette partie de la population utilise le plus les soins à domicile. Comment peut-on utiliser des crédits fiscaux pour des gens qui ne payent pas d'impôt? Dans ces cas, on pourrait penser à une contribution du gouvernement.

Au Québec nous avons un système d'assurance médicaments qui est le meilleur au Canada. Il n'est pas parfait. On nous reproche, entre autres, la coassurance, mais enfin, c'est sûrement le meilleur au Canada.

J'aimerais connaître votre opinion relativement à certaines provinces qui souffrent d'une absence complète de couverture, ce qui entraîne des situations désastreuses. Ce sont les provinces les plus pauvres. Pour d'autres, le système est incomplet et ainsi de suite. Comment pourrions-nous envisager d'établir dans les conditions fiscales actuelles un système d'assurance médicaments avec un minimum de protection contre les catastrophes pour l'ensemble des citoyens canadiens en tenant compte du fait que certaines provinces sont pauvres et ne peuvent peut-être pas mettre en place un système qui soit équivalent à celui du Québec? Est-ce qu'on doit envisager une contribution du gouvernement fédéral? Autrement dit, faut-il élargir à l'ensemble du Canada un système de protection vis-à-vis les coûts des médicaments?

**M. Castonguay:** D'abord, je vous remercie du commentaire au sujet de la qualité du régime québécois d'assurance médicaments. Je sais que c'est un commentaire tout à fait objectif et non subjectif.

Il me semble que l'assurance médicaments, tout d'abord, est très importante. En fait, 70 p. 100 ou 75 p. 100 des gens qui voient le médecin ressortent de son cabinet avec une ordonnance. Dans bien d'autres cas, le médicament est le seul mécanisme de traitement disponible pour bien des gens qui peuvent demeurer ainsi à domicile. Ils peuvent contrôler dans une certaine mesure leur état de santé grâce à des médicaments.

En d'autres termes, le médicament est devenu une partie essentielle des soins de santé. Donc, il me semble qu'il y a un illogisme lorsqu'on dit que l'on couvre 100 p. 100 des soins médicaux et qu'on ne couvre pas, dans tous les cas, sauf par des mesures assez disparates, le coût des médicaments. Le coût des médicaments a tellement augmenté qu'aujourd'hui, on dépense plus en médicaments qu'en honoraires médicaux.

Pour revenir à votre question, si le gouvernement fédéral allouait une partie des sommes dépensées pour les médicaments, il pourrait le faire en laissant l'initiative aux provinces d'expérimenter ou de développer les régimes qui leur apparaissent les plus appropriés. Ceci pourrait créer une certaine émulation entre les provinces qui pourraient développer une certaine expérience. On pourrait probablement voir certaines façons de faire primer sur d'autres.

En d'autres termes, si le gouvernement fédéral devait consacrer des sommes spécifiques à cette fin, il ne me semble pas qu'on devrait en même temps essayer de développer un modèle de

In Quebec, for instance, we knew that about four and a half million persons were covered by private plans. In some less industrialized provinces, are there more people covered by private plans?

But in Quebec, the number of persons covered was so high that it seemed reasonable to try to keep this coverage and to give it some kind of framework so that everyone could be treated and belong to a private plan or a public plan, in all possible fairness. That is what we did.

In another province, Saskatchewan, where the economy is quite different, this approach might be entirely inappropriate. The federal government should not try to impose one uniform plan on everyone.

**Senator Morin:** I read with great interest the book *Qui est le maître à bord?* [Who is in control?] It deals with internal markets, as well as the health issue as a whole. It has a very instructive set of statistical data.

I would like to raise the two points that you mentioned: primary care and university hospital centres. With regard to primary care, I would like to speak more about the internal markets. In Europe, Great Britain and Sweden, a number of countries are dealing with the issue of internal markets. The issue of internal markets has to do with the purchase of services by organizations which, according to the book, would be agencies. We could also consider teams of physicians.

The current reform of primary care includes organizing teams of physicians, multidisciplinary teams in charge of a given part of the population, who are remunerated on a per capita basis. They cover the entire range of services and they act as gatekeepers. These teams could even enter into contracts with clinics, hospitals or organizations.

Now, in the book *Qui est le maître à bord?*, these clinics are also indirectly responsible for financing the hospitals or clinics.

The issue I found puzzling while reading this book was the interim period, which could be quite long. We should not think that all the physicians and clinics will be ready to accept this process immediately. The interim period during which there would be funding from the internal markets would create a problem as compared to the traditional way of funding. Could we envisage, for instance, that the regional authorities would be in charge of contacting organizations and signing contracts with them?

I am very interested in this internal market issue, and the committee is also very interested. We discussed it several times. We met economists in Ontario with whom we discussed internal markets in depth. We met an economist from Toronto who was familiar with internal markets in New Zealand, and he discussed them with us at length.

This period where traditional and internal market financing both coexist was the stumbling block. I must say that we did not get any precise answers about this matter.

couverture identique pour toutes les provinces. Au Québec, par exemple, nous savions qu'environ quatre millions et demi de personnes étaient couvertes par des régimes privés. Est-ce le cas dans certaines provinces où il y a moins d'industries où les gens sont couverts par des régimes privés?

Mais au Québec, le nombre de personnes couvertes était tellement élevé qu'il semblait normal d'essayer de conserver cette couverture et de l'encadrer dans une certaine mesure pour que tout le monde soit traité et fasse partie d'un régime privé ou d'un régime public, d'une façon aussi équitable que possible. C'est ce que nous avons fait.

Dans une autre province, la Saskatchewan, où l'économie est passablement différente, peut-être que cette approche serait absolument inappropriée. Le gouvernement fédéral ne devrait pas essayer d'imposer un type de régime uniforme à tout le monde.

**Le sénateur Morin:** J'ai lu avec beaucoup d'intérêt le livre *Qui est le maître à bord?* Il traite évidemment des marchés internes, mais aussi de tout l'ensemble du problème de la santé. Une série de données statistiques sont vraiment très instructives.

J'aimerais aborder les deux points dont vous avez fait état: les soins primaires et les centres hospitaliers universitaires. Concernant les soins primaires, j'aimerais parler davantage des marchés internes. Que ce soit en Europe, en Grande-Bretagne ou en Suède, plusieurs pays envisagent cette question des marchés internes. La question de marchés internes touchent l'achat de services par les organisations qui seraient, selon le livre, des agences. On peut aussi songer aussi à des équipes de médecins.

Actuellement la réforme des soins primaires met en place des équipes de médecins, des équipes multidisciplinaires qui ont la responsabilité d'une population donnée et qui sont rémunérées par la capitation. Ils couvrent l'ensemble des services et ils ont une responsabilité de «gatekeepers». Il n'est pas impossible d'envisager que ces équipes puissent conclure un contrat avec des cliniques, des hôpitaux ou des organisations.

Maintenant, dans le livre *Qui est le maître à bord?* on donne à ces cliniques le pouvoir, en même temps, d'être responsables indirectement du financement de ces hôpitaux et de ces cliniques.

La question à laquelle je me heurtais quand je lisais le livre concernait la période intermédiaire qui peut durer assez longtemps. On ne peut pas penser que tous les médecins et toutes les cliniques seront prêts à accepter ce processus immédiatement. La période intermédiaire pendant laquelle il y aurait un financement qui se ferait par ces marchés internes créerait une difficulté par rapport au financement classique. Peut-on penser, par exemple, que les autorités régionales seraient responsables de contacter et d'établir les contrats avec les organisations?

Cette question de marchés internes m'intéresse beaucoup et intéresse beaucoup le comité. On en a parlé à plusieurs reprises. On a rencontré des économistes en Ontario avec lesquels on a parlé beaucoup de marchés internes. On a rencontré un économiste de Toronto qui avait connu les marchés internes en Nouvelle-Zélande et qui nous en a longuement parlé.

Cette période de coexistence de financement traditionnel et de financement par marchés internes était la pierre d'achoppement. Je dois dire qu'on n'a pas eu de réponses précises à ce sujet.



Regarding hospitals and university hospital centres, there is the issue of stable funding. In the book which I read, *Qui est le maître à bord?*, we see that wages make up a large part of the costs. Wages are rising more rapidly. The cost of wages for a hospital centre rises faster than for the rest of the population. More specifically, the wages of people not assigned to clinical tasks are increasing substantially. In other words, gardeners are getting raises much more quickly than in private industry.

This represents some 30 centres, a large contribution of 15 or 20 per cent. Is federal funding of the centres possible? One of the reasons why I am thinking of federal funding is that these centres have the main responsibility for research in Canada.

**Mr. Forget:** In my opinion, the issue of internal markets is central to our discussion. If markets are to work, first of all we must have entities in these markets that are ready to operate according to the laws of a certain market. Yet when it comes to primary or even secondary services, our networks in Canada do not currently have players that are organized and willing to play this role. That somewhat determines the answer to your question. Before allowing or considering the possibility of groups of physicians purchasing the services of community hospitals in a market that has been organized in this manner, groups of physicians must first exist for that purpose and must be willing to be entrepreneurial. That is where the whole problem lies. We must take one step at a time.

In my opinion, first we must have groups of physicians representing the clients as the main players, groups of physicians that are willing to play that role; at present, this is not the case. This is something I learned from the reactions to our book three years ago: for the past 30 years, the Canadian medical profession has operated within a public system.

The profession initially resisted the introduction of a public system. But the people who were born, so to speak, at least professionally in that public system really like the comfort of the public system and do not appear to be interested in taking on risk and becoming managers.

On an intellectual level, they certainly see that if they had the resources to do so, they would be able to play a far more active role advocating for their patients. Even so, this means taking on an additional responsibility. Some time will be needed to convert them to this new role. I am not saying that there is universal resistance to the notion, on the contrary. Despite everything, some habits have been lost, if ever they existed in the past, and they have certainly not been acquired.

First of all, we must have primary care groups and they have to be in the right context. I am slightly worried about the coalition in the public institution sector. As you said, we still have the concept that a group is to be created to serve a region.

En ce qui concerne les hôpitaux, les centres hospitaliers universitaires, la question du financement stable se pose. Dans le livre que j'ai lu, *Qui est le maître à bord?*, on se rend compte que les salaires représentent une part importante du coût. Les salaires augmentent plus vite. Le coût des salaires, pour un centre hospitalier, augmente plus vite que pour le reste de la population. En particulier, les salaires des gens qui ne sont pas affectés à des responsabilités cliniques augmentent d'une façon appréciable. Autrement dit, les jardiniers voient leur salaire augmenter beaucoup plus vite que dans l'industrie privée.

Cela représente une trentaine de centres, une contribution importante de 15 p. 100 ou 20 p. 100. Pourrait-on penser à un financement fédéral de ces centres? Une des raisons qui me fait penser à un financement fédéral, c'est que ces centres ont la responsabilité majeure de la recherche au Canada.

**M. Forget:** La question des marchés internes, à mon avis, est évidemment centrale. Pour que les marchés fonctionnent, il faut d'abord des entités qui existent dans ces marchés et qui sont prêtes à fonctionner selon les lois d'un certain marché. Or dans les services primaires ou même secondaires, il n'y a pas, actuellement, dans nos réseaux au Canada, des acteurs qui sont organisés et disposés à jouer ce rôle. Ceci détermine un peu la réponse à votre question. Avant de permettre ou d'envisager que des groupes de médecins puissent se procurer dans un marché organisé à cet effet, par exemple, les services des hôpitaux communautaires, il faut d'abord que des groupes de médecins existent à cette fin et soient disposés à jouer un rôle entrepreneurial. C'est là qu'est toute la difficulté. Il faut franchir les étapes une à une.

À mon avis, il faut d'abord avoir comme acteurs principaux, représentant les clients, des groupes de médecins prêts à jouer ce rôle; ce n'est pas le cas dans le moment. C'est une chose que j'ai apprise à la lumière des réactions qu'a suscitées notre livre il y a trois ans: la profession médicale au Canada, vit depuis trente ans dans un régime public.

Elle a résisté, au départ, à l'introduction du régime public. Mais ceux qui sont nés, pour ainsi dire, au moins professionnellement dans ce régime public aiment beaucoup le confort de celui-ci et ne sont pas visiblement intéressés à assumer des risques et à devenir des gestionnaires.

Ils voient très bien, intellectuellement, que s'ils avaient les ressources pour le faire, ils seraient en mesure de jouer un rôle beaucoup plus actif dans l'intérêt de leurs patients. Il n'en reste pas moins que c'est une responsabilité additionnelle. Il va falloir un certain temps pour les convertir à ce nouveau rôle. Je ne dis pas qu'il y a une résistance universelle, au contraire. Malgré tout, des habitudes ont été perdues, si elles existaient, et elles n'ont certainement pas été acquises.

Il faut d'abord que des groupes de soins primaires existent et qu'ils soient situés dans le bon contexte. Je m'inquiète un peu des regroupements faits dans le secteur des institutions publiques. Comme vous l'avez indiqué, il y a toujours la notion que l'on crée un groupe pour desservir une région.

So we create local monopolies. If the concept of internal markets leads to the creation of monopolies, obviously we are going down the wrong road. At the outset, we abandoned the concept of internal markets for an administrative, bureaucratic concept. And we know that this bureaucratic and administrative concept to manage the services has been a failure, not an absolute failure, but a relative failure in light of the legitimate expectations of the public.

The possibility of creating internal markets will eventually be the solution. But to get to that solution, we must create incentives. That is why the incentives can be within a system that provides resources to patients who benefit from a per capita approach or a refundable tax credit.

By the way, a refundable tax credit even benefits those who do not pay taxes since it is refundable. It is set at a certain level, which results in a payment if it is not used to reduce the amount of tax owing. I believe that is the initial phase.

Without taking too much time, I would like to touch on the issue of wages. In nearly all countries, the inflation rate within the health care sector is higher than the inflation rate within the general economy. Some of the additional resources invested in health care are not used to improve services but rather to increase the compensation of people working in this sector. We have seen this at all times, and even recently when governments invested additional resources.

Should we be upset about this, or is this normal? To some extent, it is normal, for the following reason: We want to attract a greater proportion of the labour force to the health care sector over a given period of time. And we are trying to do this at a time when quality of life issues at work are important, because the health care sector gets very bad press nearly every day.

When you hear nurses or doctors on television every night or nearly every night at some times, saying that they are swamped, exhausted and on the edge of a nervous breakdown, obviously the young people who are considering these professions will think twice.

There are spots going empty in Quebec nursing schools because we cannot convince people that nursing is a good career. To make up for this problem, we need changes in the organizational culture. But we will have to accept that these very demanding professions offer compensation that will grow more rapidly than in other sectors.

This is part of the equation. It is normal. We will have to go beyond merely offering more money in some cases. For example, when the role of nurses is defined, the whole issue of gender in employment is extremely important, because often the doctors are men — although that is changing — and the nurses are women. We see some tension in these areas because these institutions have not changed with the times. This adds to our problems.

Alors on crée des monopoles locaux. Si une notion de marchés internes crée des monopoles, on fait évidemment fausse route. Dès le départ, on a abandonné la notion de marchés internes en faveur d'une notion administrative, bureaucratique. Et, on sait que la notion bureaucratique et administrative pour gérer ces services est un échec, non pas absolu mais relatif face aux attentes légitimes du public.

La possibilité de créer des marchés internes sera éventuellement la solution. Mais le chemin pour y arriver est de créer des incitations. C'est la raison pour laquelle les incitations peuvent se faire à l'intérieur d'un régime qui donne les ressources aux patients qui bénéficient de la capitation ou d'un crédit d'impôt remboursable.

Entre parenthèses, un crédit d'impôt remboursable bénéficie même à ceux qui ne payent pas d'impôt puisqu'il est remboursable. Il est établi à une valeur qui résulte en un paiement si ce n'est pas une réduction d'impôt. Je crois que c'est la phase initiale.

Sans prendre trop de temps, j'aimerais aborder la question des salaires. Il y a, dans le secteur de la santé, à peu près dans tous les pays, un taux d'inflation supérieur à celui de l'économie en général. Une partie des ressources additionnelles investie dans le domaine de la santé va non pas pour accroître les services mais pour augmenter les rémunérations des gens qui travaillent dans ce secteur. On l'a observé en tout temps et encore récemment quand les gouvernements ont investi des ressources accrues.

Est-ce qu'il faut s'en désoler ou est-ce normal? Dans une certaine mesure, c'est normal pour la raison suivante: on veut attirer dans le secteur de la santé une plus forte proportion de main-d'œuvre sur une période donnée. Et on veut le faire dans un contexte où la qualité de la vie au travail importe car le secteur de la santé reçoit une très mauvaise publicité presque à tous les jours.

Quand vous avez tous les soirs ou presque, à la télévision, à certaines périodes, des témoignages d'infirmières ou de médecins qui confessent qu'ils sont débordés, épuisés et au bord de la dépression nerveuse, il est évident que les jeunes qui se destinent à ces métiers vont y penser deux fois.

Dans les écoles d'infirmières au Québec, des places libres ne sont par prises parce qu'on ne réussit pas à convaincre les gens que c'est une carrière intéressante. Pour compenser ce phénomène, il faut des changements dans la culture de l'organisation. Mais il faudra accepter que ces métiers très exigeants offrent une rémunération qui va s'accroître plus rapidement que dans les autres secteurs.

Cela fait partie de l'équation. Il faut juger que c'est une évolution normale. Il faudra aller plus loin que de simplement donner plus d'argent dans certains cas. Par exemple, dans la définition du rôle des infirmières, toute la problématique hommes-femmes dans les emplois a son importance puisque souvent, les médecins sont des hommes — quoique c'est en train de changer — et les infirmières sont des femmes. On peut voir dans ces milieux des tensions qui tiennent au fait que ces institutions n'ont pas évolué. Cela ajoute aux difficultés.



Yes, there will be financial pressure. It is a shame, obviously, mainly because of the principles of public administration. This sector is very unionized, very rigid, and there is an enormous upward pressure on costs in comparison with other sectors of the economy.

[English]

**The Chairman:** That was a perfect introduction to our next questioner, Senator Pépin, who, in her previous lives, has been both a nurse and the President of the Advisory Council on the Status of Women.

[Translation]

**Senator Pépin:** Senator Morin discussed some issues that are of interest to me. Mr. Forget, when I listened to you speak about nurses, wages and the work environment, I must say that after making several visits in the course of a few days to a hospital to help a friend of mine who is ill, I thought I was on a construction site, not in a hospital, if I think back to the days when I was a nurse. You say that women are invading medicine, but in gynecology and obstetrics, 38 per cent of the doctors are women.

Recently I read an article in which a doctor said that he had no idea where we were heading because there are more and more women in this field. They must stop working to have children and take care of their families. He said he was very worried about the direction the profession was taking. I would ask him another kind of question about this.

You mentioned the bureaucrats and administration of the health care system. I wonder. You touched upon several points: the bureaucratic administration of the health care system and the high number of doctors. I was wondering whether we could not organize the system differently. If you had people who work in the health system, not just public servants, bureaucrats but doctors, nurses, and other workers at various levels, things would be easier. If it was decided to reduce a particular program, a doctor, a nurse or a social worker could say, "yes, but if you cut that way, this is what the side effect will be." I wonder whether we should not be working with a multidisciplinary team. The public servants know all about administration, but they have not worked in a hospital with sick people; we are working with human beings here. Moreover, we know about all the problems caused by the aging population, so we will have to make a very serious decision. When we are composing an independent team that works with the health administrator — I will ask the question off both witnesses — I wonder if we should not have people from different disciplines. Both of you have far more experience than I do.

**Mr. Forget:** You are right, and the opposite problem also arises. Doctors and nurses hold management positions in our hospitals.

**Senator Pépin:** They are not part of the decision-making process.

Oui, il y aura des pressions de coûts. Cela est déplorable, évidemment, à cause justement des principes d'administration publique. Nous avons des milieux très syndiqués, très rigides, où les pressions à la hausse sur les coûts sont maximums par rapport à d'autres secteurs de l'économie.

[Traduction]

**Le président:** Voilà une excellente transition pour passer à l'intervenant suivant. Il s'agit du sénateur Pépin, qui, au cours de sa carrière, a été infirmière et aussi présidente du Conseil consultatif de la situation de la femme.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Le sénateur Morin a discuté en fait de questions auxquelles je m'intéressais. Monsieur Forget, lorsque je vous entends parler des infirmières, des salaires et de l'environnement de travail, je dois avouer qu'après plusieurs visites en quelques jours dans un hôpital pour aider une amie malade, j'avais plutôt l'impression d'être dans un chantier de construction que dans un hôpital, si je me rapporte aux années où je faisais du nursing. Lorsque vous parlez des femmes qui envahissent le domaine de la médecine, on sait qu'en gynécologie-obstétrique, 38 p. 100 des médecins sont des femmes.

J'ai lu dernièrement un article selon lequel un médecin disait: mais écoutez, je ne sais pas où on s'en va parce qu'il y a de plus en plus de femmes dans ce domaine. Elles doivent arrêter de travailler pour avoir des enfants, s'occuper de leur famille. Je suis très angoissé de savoir où on s'en va. À ce sujet, je lui poserais un autre genre de question.

Vous parlez des bureaucrates et de l'administration du système de santé. Je me demandais. Vous avez touché bien des points: l'administration bureaucrate du système de service de santé, le nombre élevé de médecins. Je me demandais si on ne pouvait pas organiser le système différemment. Si vous aviez des gens qui travaillent dans le système de la santé, pas simplement des fonctionnaires, des bureaucrates, mais des médecins, des infirmières, des travailleurs de différents paliers, ce serait plus facile. Si on décide de réduire dans tel programme, un médecin, une infirmière ou une travailleuse sociale pourrait dire: oui, mais si vous réduisez de telle façon, vous allez subir tel effet secondaire. Je me demande si on ne devrait pas travailler avec une équipe multidisciplinaire. Les fonctionnaires s'y connaissent très bien en administration mais ils ont pas travaillé dans l'hôpital avec les malades; on travaille avec des humains. Quand on sait en plus toutes les difficultés générées par le vieillissement de la population, il va falloir prendre une décision bien sérieuse. Je me demande si dans la composition — je peux poser la question aux deux — d'une équipe indépendante qui travaille avec l'administration du service de santé, on ne devrait pas avoir des gens de différentes disciplines. Vous avez beaucoup plus d'expérience que moi tous les deux.

**M. Forget:** Vous avez raison et le problème se pose un peu à l'inverse aussi. Dans nos hôpitaux, on a dans des positions de direction, à l'intérieur des centres hospitaliers des médecins, des infirmières.

**Le sénateur Pépin:** Qui ne font pas partie du processus de décisions.

**Mr. Forget:** They are involved in the decision-making process. These organizations are very difficult to manage because of their complexity. They bring together different groups of professionals who cooperate, but there are often professional rivalries, with unpredictable funding that is often arbitrarily cut. These are difficult management issues.

Are doctors, nurses or social workers in a position to take on management roles? It is often said that a multidisciplinary team is a good idea, but it just means bringing together people who do not know how to manage.

**Senator Pépin:** No, they must be with people who do know how to manage. I agree with the principle.

**Mr. Forget:** And it is not impossible to remedy. We must make sure that people who take on administrative functions receive some training. I think you are right. We must look at having these people participate. There is a lot of rigidity, many matters are decided, once and for all, without the consent or the participation of the people who will have to make decisions. In the hospital context in Quebec — perhaps the same is true elsewhere — many decisions on how these roles are defined are made in accordance with the act and the regulations. We are unable to adjust to the individual abilities of these people. No one in a facility has the authority to say: this individual has this responsibility. He is overwhelmed by certain events. We will redefine his tasks based on his abilities. That is not possible.

So it is a one-size-fits-all approach. Everyone is supposed to be interchangeable. Treating people like interchangeable pawns shows a complete inability to manage. Individual characteristics and talent no longer count.

**Senator Pépin:** I agree with you. Hospital administration requires good officials. Decisions must be made with people in the field.

**Mr. Castonguay:** I fully agree when you say that the system does not encourage innovation. We have begun to realize this more and more since we started our committee work. That is probably one of the reasons why we are exploring other avenues.

You talked, among other things, about the use of medication. Following Senator Morin's questions, you talked about using medication properly. What did you mean?

**Mr. Castonguay:** Dr. Morin and I were members of a committee and we dealt with this matter in detail in our report. Dr. Morin could at some point provide you with that part of the report. There are three or four components to the question. Often, people do not follow the directions regarding dosages on their prescriptions. They receive a prescription from a doctor who tells them to take the medication for 10 days. They stop taking it after five days.

**Senator Pépin:** That is true.

**M. Forget:** Qui sont impliqués dans le processus de décisions. Ces organisations sont très difficiles à gérer parce qu'elles sont complexes. Elles mettent en présence des groupes professionnels divers qui coopèrent mais souvent au sein de relations de rivalité professionnelle, avec des ressources imprévisibles, souvent diminuées arbitrairement. Ce sont des problèmes de gestion difficiles.

Est-ce que les médecins, les infirmières ou les travailleurs sociaux sont en mesure d'assumer des rôles de gestion? Souvent, on dira: une équipe multidisciplinaire, c'est très bien, mais on ne fait que regrouper des gens qui ne savent pas gérer.

**Le sénateur Pépin:** Non, il faut les associer à des gens qui savent gérer, je suis d'accord avec ce principe.

**M. Forget:** Et ce n'est pas irrémédiable. On devrait s'assurer que les gens qui sont appelés à des fonctions administratives reçoivent une certaine formation. Je crois que vous avez raison. Il faut envisager la participation de ces gens. Il y a beaucoup de rigidité, beaucoup de choses sont décidées, une fois pour toutes, sans le consentement ou la participation des gens qui ont à prendre des décisions. Dans les structures hospitalières au Québec — peut-être est-ce la même chose ailleurs — beaucoup de décisions sont prises quant à la définition des rôles selon la loi et les règlements. On n'est pas capable de s'ajuster aux capacités individuelles des individus. Il ne relève pas du pouvoir de qui que ce soit dans un établissement de dire: cet individu a cette responsabilité. Il est dépassé par certains événements. Nous redéfiniront sa tâche en fonction de ses capacités. Ce n'est pas possible.

Donc c'est le lit de Procuste. Tout le monde est censé être interchangeable. C'est la définition d'une incapacité de gérer, quand vous traitez les gens comme des pions interchangeables. Les caractéristiques et les talents individuels ne comptent plus.

**Le sénateur Pépin:** Je suis de votre avis. L'administration des hôpitaux requiert des bons fonctionnaires. Il faut prendre des décisions avec les gens qui sont sur le terrain.

Monsieur Castonguay, je suis tout à fait d'accord lorsque vous dites que le système n'encourage pas l'innovation. Depuis le début des travaux de notre comité, on le réalise de plus en plus. C'est probablement une des raisons pour lesquelles on explore d'autres avenues.

Vous avez parlé, entre autres, de l'usage des médicaments. Suite aux questions du sénateur Morin, vous avez parlé d'une bonne utilisation des médicaments. Qu'est-ce que vous voulez dire?

**M. Castonguay:** Le docteur Morin et moi étions membres du comité qui a traité cette question en détails dans notre rapport. Le docteur Morin pourrait à un moment donné rendre disponible cette partie du rapport. Il y a trois ou quatre aspects à cette question. Les gens bien souvent ne suivent pas la posologie des ordonnances de leur médecin. Ils reçoivent une ordonnance du médecin qui leur dit de prendre le médicament pendant dix jours. Après cinq jours, ils arrêtent.

**Le sénateur Pépin:** C'est vrai.



**Mr. Castonguay:** Quite often they go to see a doctor and get a prescription, and then they go to see another doctor and get another one. They have a friend who has one type of medication and they manage to get the same one. Some medication causes adverse effects when it is taken at the same time as another.

More often than not, when they go to see a doctor, they also expect to get a prescription. If the doctor does not give one, they feel the doctor has not done his or her job. People must be informed and educated. In many cases, medical problems can be resolved not by taking medication but by a change in lifestyle. People do not eat properly, they smoke too much or they drink too much alcohol. In all cases, for all kinds of causes, there is a clear problem with information.

Some doctors prescribe medication according to what is in. Systems are gradually being put in place to compare doctors' prescriptions to what could be considered standard practice. There are some rather significant variations. In some cases, doctors overprescribe medication. In others, they underprescribe. The variations in the way medication is prescribed can be quite worrisome.

There is a series of issues regarding the use of medication. In my opinion, they should be addressed in a more organized way than they are now.

**Senator Pépin:** You talked about individuals' freedom of choice, about citizens' contributions. For some time now, we have been hearing talk about insurance for seniors. We have heard about insurance where citizens, young people in their twenties, could start participating in a fund. They would invest money in the fund and when they reach their golden years, they would have enough for any treatment required.

**Mr. Castonguay:** Yes.

**Senator Pépin:** In fact it is a similar approach. We are studying various aspects. Most people have questions. Many years ago, 40 years ago, when I was in nursing, just before the introduction of medicare, people wondered if those who did not have money would be treated or what would happen to those people who could not participate. You propose taxes, tax cuts, on so on. How can we deal with people who do not have enough money to pay?

**Mr. Castonguay:** If I understand you correctly, your question revolves around the old age insurance project.

**Senator Pépin:** I do not want to play politics, but yes, it is one of the approaches that is being proposed.

**Mr. Castonguay:** This approach was dealt with for the first time in the Clair report in Quebec, then in Canada. The description is not very detailed. Moreover, if taxes were relatively low, in Canada and more specifically in Quebec, we could consider this approach for problems in the medium and long term. It will take some time to set up a fund that would work.

**M. Castonguay:** Bien souvent, ils vont voir un médecin, obtiennent une ordonnance; ils vont voir un autre médecin, ils en obtiennent une autre. Ils connaissent un ami qui a tel type de médicament et ils s'organisent pour en avoir. Vous avez des médicaments qui ont des effets néfastes lorsqu'ils sont pris en même temps que d'autres.

Bien souvent aussi, lorsqu'ils vont voir un médecin, ils s'attendent de recevoir une ordonnance. Si le médecin ne leur en donne pas une, le médecin n'a pas fait son travail. On se doit d'informer, d'éduquer la population. Bien des fois un problème médical se résout non par la prise d'un médicament mais par la modification d'habitudes de vie. Les gens mangent mal, fument trop ou prennent trop d'alcool. Dans tous les cas, pour toutes sortes de causes, il y a un problème évidemment d'information.

Certains médecins prescrivent selon des modes des médicaments. Il s'installe graduellement des systèmes pour comparer un peu plus les ordonnances des médecins, par rapport à ce qu'on pourrait appeler une pratique assez standard. Il y a des déviations assez importantes. Les médecins, dans certains cas, prescrivent de façon exagérée tel médicament. Dans d'autres cas, ils ne prescrivent pas suffisamment. Il y a des variations dans les modes de prescription qui peuvent être même assez inquiétantes.

Toute une série de questions touchent l'utilisation des médicaments. À mon avis, elles devraient être abordées d'une façon plus organisée que présentement.

**Le sénateur Pépin:** Vous avez parlé de la liberté de choix des individus, de la contribution des citoyens. On entend parler depuis quelques temps d'une assurance pour les personnes âgées. On a entendu parler d'une assurance selon laquelle les citoyens, les jeunes dans la vingtaine, pourraient déjà commencer à participer à un fonds. Ils investiraient de l'argent dans ce fonds et lorsqu'ils seraient rendus à l'âge de la sérénité, ils en auraient suffisamment pour se faire soigner.

**M. Castonguay:** Oui.

**Le sénateur Pépin:** En fait c'est une approche semblable. On étudie différents aspects. La majorité des gens se pose des questions. Il y a plusieurs années, il y a quarante ans, quand je pratiquais le nursing, juste avant l'époque de l'assurance-maladie, les gens se demandaient si ceux qui n'ont pas d'argent seraient soignés ou ce qui arriverait à ceux qui ne pourraient pas participer. Vous avez proposé des taxes, des diminutions d'impôt, et cetera. Pour ceux qui n'ont pas d'argent pour payer, comment nous occuperons-nous de ces gens?

**M. Castonguay:** Si je comprends bien, vous posez votre question en fonction du projet d'assurance vieillesse.

**Le sénateur Pépin:** Je veux pas faire de politique, mais oui, c'est une approche qui est proposée.

**M. Castonguay:** Cette approche a été exposée pour la première fois dans le rapport Clair, au Québec puis au Canada. Ce n'est pas décrit d'une façon très détaillée d'une part. D'autre part, si nous étions dans un contexte où les taxes et les impôts étant relativement bas, au Canada et au Québec particulièrement, cette avenue pourrait être envisagée pour des problèmes à moyen et à

**Senator Pépin:** Several years.

**Mr. Castonguay:** I imagine that people with no income, in the minds of the people behind this idea, who do not have enough money to contribute, would be covered. With this type of universal system, those who have the means pay premiums, those who do not have the means do not. This idea, in the current context, is perceived to a large extent as a way of levying additional taxes. So it is not the type of system we are going to see in the short term. There is too much resistance to the idea in my opinion.

**Senator Pépin:** It should not apply only to certain groups of people, either.

[English]

**Senator Robertson:** Mr. Chairman, I have been listening rather intently here. I thank you, gentlemen, for coming here today. It gives us more confidence as we pursue this task that we have before us, shall we say. Let me continue where we left off with the previous senator, please.

You mentioned, Mr. Castonguay, that 4,500,000 Canadians were covered by private insurance. In a drug plan, do you see it that those of us who are covered by private insurance would continue with our private insurance? Are you suggesting that there would be those who would choose — and could afford — private insurance, with another type of insurance for those who could not afford it — and there are Canadians who cannot afford private insurance. In other words, there would be three categories, as I see it?

**Mr. Castonguay:** No, the way it was done, actually, was that we had about 4,500,000 people covered under group insurance plans, and their prescription drugs were covered to a certain extent. We decided that we would not touch that, and that we would rearrange a number of public programs to cover older people, to cover people with certain types of sickness; that we will integrate these public programs into one, and we will make sure that the private coverage is subject to certain constraints. For example, an employer with group insurance must cover prescription drugs, and an employer cannot exclude from the coverage a person because of his or her state of health, or health condition. Thus we established a certain number of safeguards to make sure that the private coverage would attain the objective that was sought.

We then have two systems, actually, functioning in parallel: a public one, financed by contributions paid by people through their income tax, and a series of private programs paid jointly, as a rule, by employers and their employees, as is the case elsewhere.

long terme. Avant qu'on constitue une caisse qui pourrait agir, cela va prendre un certain temps.

**Le sénateur Pépin:** Plusieurs années.

**M. Castonguay:** J'imagine que les gens sans revenu, dans l'esprit des concepteurs de cette idée, que les gens qui n'ont pas suffisamment de revenus pour contribuer seraient couverts. Dans ce genre de régime universel, ceux qui ont les moyens paient une cotisation, ceux qui ne les ont pas ne paient pas. Cette idée, dans le contexte actuel, est vue beaucoup plus comme étant une façon de lever des impôts additionnels. Dans ce sens, ce n'est pas un genre de régime que nous allons voir naître à court terme. Les résistances seraient beaucoup trop grandes à mon avis.

**Le sénateur Pépin:** Il ne faudrait pas qu'il s'applique simplement à certains groupes de personnes non plus.

[Traduction]

**Le sénateur Robertson:** Monsieur le président, j'ai écouté tout cela avec beaucoup d'attention. Messieurs, je vous remercie d'être venus nous rencontrer aujourd'hui. Cela nous donne un peu plus confiance, pour nous attaquer à la tâche à laquelle nous sommes confrontés. Permettez-moi de poursuivre là où le sénateur qui m'a précédée s'est arrêtée.

Monsieur Castonguay, vous avez dit que 4 500 000 Canadiens étaient protégés par une assurance privée. Dans le cas d'un régime d'assurance-médicaments, pensez-vous que ceux d'entre nous qui sont assurés par le secteur privé continueraient d'avoir leur assurance privée? Dites-vous en fait qu'il y aurait ceux qui choisiraient — et pourraient se permettre — l'assurance privée, alors que ceux qui ne peuvent pas se la payer auraient un autre type d'assurance? Nous savons, par ailleurs, qu'il y a des Canadiens qui ne peuvent pas se payer de l'assurance privée. Autrement dit, si je comprends bien, il y aurait trois catégories?

**M. Castonguay:** Non, voilà comment cela s'est fait. Il y avait environ 4 500 000 personnes qui bénéficiaient de régimes d'assurance-groupe pour lesquels les médicaments d'ordonnance étaient assurés dans une certaine mesure. Nous avons décidé de ne pas toucher à cela, et de réorganiser un certain nombre de programmes publics pour assurer les personnes âgées ainsi que les personnes souffrant de certaines maladies. Nous avons décidé d'intégrer ces programmes publics pour qu'ils n'en forment plus qu'un seul, et de prendre les moyens pour que l'assurance privée soit assujettie à certaines contraintes. Par exemple, un employeur dont les employés bénéficient d'une assurance-groupe doit assurer les médicaments d'ordonnance. Il ne peut pas, non plus, exclure de la protection une personne en raison de son état de santé. Nous avons donc pris un certain nombre de précautions pour que l'assurance privée atteigne l'objectif recherché.

Nous nous retrouvons donc avec deux systèmes qui fonctionnent en parallèle: le premier, public, financé par les cotisations versées par des contribuables, au moyen de leur impôt sur le revenu; et le deuxième, composé d'une série de programmes privés normalement cofinancés par les employeurs et les employés, comme cela se fait ailleurs.



The main problem with this approach, in my opinion, is that the public part of this overall scheme covers more aged people by definition, and the cost is increasing more rapidly because there is a concentration of older people who use much more prescription drugs than do younger people. Thus perhaps some adjustments will have to be made to transfer part of that extra burden to private plans, or some other approach.

**Senator Robertson:** You see, then, a public/private mix of insurance in that instance. Do you see, in our health care system, an opportunity, or do you think it would be feasible to have a blend of public and private financing in other parts of the system?

**Mr. Castonguay:** We have at the moment such a plan. Actually, about 30 per cent of the overall cost of health care services comes directly from the population. When we look at the situation overall, and we see that the public system is not capable of meeting the increasing demand, I believe that we must look at other ways, and this is why I was speaking of the freedom of choice of people to try to get, at a more opportune time, some health services through private channels, and by themselves paying for these services.

**Senator Robertson:** Perhaps I did not phrase my question properly: I understand about the 30 per cent, and I really am relating to the 70 per cent now. Is there more opportunity? What I am getting at is that a number of companies have public and private plans. Do you see the Canadian structure moving in that direction within the next few years, rather than staying just the way we are now?

**Mr. Castonguay:** Very well.

**Senator Robertson:** — so that there is more choice, and to perhaps get more availability of services. Do you see an opportunity for a continuing growth in that direction?

**Mr. Castonguay:** In the European countries there are all sorts of approaches. There is not a single one, I believe, that is predominant. Some of the approaches that have been taken are very interesting, but they were devised in accordance with their tradition, their culture, the way in which their institutions have developed. Therefore I do not think that we can copy what has been done over there in Europe.

However, we can definitely see for the future more of an involvement of methods of production, of services from the private sector being developed, and also people paying, not only through their taxes but voluntarily, more for the care that they need. I believe that this direction is inevitable when you look at the way in which the cost of health care is increasing, and the pressure on governments from other sources to maintain taxation at a certain level. We are an open economy, and the fact is that, even now, governments cannot meet the increasing demand and increasing cost of keeping the public systems in place, and they have not been able to do that for a number of years.

Le principal problème de cette méthode, selon moi, c'est que la partie publique de ce régime protège, par définition plus de personnes âgées. Le coût pour la partie publique augmente plus rapidement parce qu'il y a concentration des personnes âgées qui utilisent plus de médicaments que les jeunes. Il faudra peut-être donc apporter des correctifs pour transférer une partie de ce fardeau supplémentaire à des régimes privés; ou il faudra sinon trouver une autre méthode.

**Le sénateur Robertson:** Vous envisagez donc, dans ce cas-ci, un mélange d'assurance publique et d'assurance privée. Pensez-vous que, dans notre régime de soins de santé, ou dans d'autres parties du système, il y ait possibilité d'avoir un mélange de financement public et privé?

**M. Castonguay:** C'est le régime que nous avons actuellement. En fait, environ 30 p. 100 de l'ensemble des coûts des services de santé sont financés directement par la population. Lorsqu'on examine la situation dans son ensemble et que l'on constate que le régime public n'est pas capable de répondre à l'augmentation de la demande, je crois qu'il faut envisager d'autres méthodes, et c'est pourquoi je parlais de la liberté de choisir, de la liberté d'essayer d'obtenir, en temps opportun, des services de santé en ayant recours à des entreprises du secteur privé auxquelles l'utilisateur verserait directement son argent.

**Le sénateur Robertson:** Je n'ai peut-être pas bien exprimé ma pensée: je comprends ce que vous dites au sujet des 30 p. 100, mais je parle plutôt des 70 p. 100. Y a-t-il plus de possibilités? Voici à quoi je veux en venir: un certain nombre d'entreprises ont à la fois des régimes public et privé. Envisagez-vous que le régime canadien aille dans ce sens au cours des quelques années à venir, plutôt que de rester là où nous en sommes maintenant?

**M. Castonguay:** Je l'envisage parfaitement.

**Le sénateur Robertson:** ... de sorte qu'il y ait plus de choix, et qu'il y ait peut-être plus de services disponibles. Pensez-vous qu'il y a possibilité d'une croissance plus marquée dans ce sens?

**M. Castonguay:** Dans les pays européens, il y a toute sorte de méthodes. Je ne crois pas qu'il y en ait une qui prédomine. Certaines des méthodes adoptées sont très intéressantes, mais elles ont été conçues conformément aux traditions, à la culture et à l'évolution des institutions des pays concernés. Je ne crois donc pas que nous puissions reproduire ce qu'ont fait les pays européens.

Toutefois, on peut certainement envisager pour l'avenir une plus grande intervention dans les méthodes de production, un recours accru aux services du secteur privé et un financement des soins de santé où certaines personnes cotiseraient non seulement par l'entremise de leur impôt, mais aussi volontairement, pour les soins dont elles ont besoin. Je crois que cette orientation est inévitable lorsque l'on examine la façon dont augmentent les coûts des soins de santé et les pressions qu'exercent d'autres groupes sur les gouvernements pour que la fiscalité ne dépasse pas un certain niveau. Nous sommes une économie ouverte et le fait est que, même maintenant, les gouvernements ne peuvent pas répondre à l'augmentation de la demande et à la hausse des coûts qu'exige le maintien des régimes publics. Les gouvernements

**Senator Robertson:** I have a question or two for Claude Forget. It is interesting that you mention your two major concerns: primary care and the university teaching hospitals, the centres of excellence, the centres of research, et cetera. I did not quite understand, but are you looking at those teaching units, those research centres, as perhaps being pulled out of the system and funded separately by the federal government? Is that what you are, perhaps, thinking about?

**Mr. Forget:** Senator, that is a very good question. In fact, to be totally honest, I have not considered whether that should be the case or not. My intent was to basically say that we have a limited number of these tertiary care centres that are the focus of this increasing cost of new technology, and so on, and we have just got to make them more manageable. Now, does that require pulling them away from the general system or not? Certainly, it requires pulling them away from primary care, because the other recommendation is to maintain not the public administration but the public financing only, so to speak, through a refundable tax credit. Certainly, then, primary care would be out of it.

Whether community hospital types and extended care facilities should be lumped together with teaching hospitals is a possibility, but it is not terribly important. If you look at extended care facilities, nursing homes and community hospitals, this is not where our problems are. The status quo, I believe, would be quite acceptable. Eventually, many of these institutions, if we do develop an internal market mechanism, could become providers of services to primary care units. However, I do not think that we can realistically envisage this in the short run because, again, there has to be an active ingredient in this internal market mechanism to make that work, and I do not think that could exist in the short term, or even in the medium term.

I would say that, for the rest, the status quo is fine. It does not seem to present many difficulties. This is not where big budget deficits emerge; this is not where there is this tremendous crush in emergency facilities, and so on. Things are working reasonably well, and I would say that "if it ain't broke, don't fix it" in a sense?

**Senator Robertson:** But with your tertiary care centres, your teaching hospitals, et cetera, there may just be an opportunity there to send some of those 30-some units, or whatever they are, out for federal funding. It might get the federal government...

**Mr. Forget:** Federal funding?

**Senator Robertson:** It might give the federal government an opportunity to say, "Hey, we fund that", because they are always looking for something to hang their hats on.

n'arrivent d'ailleurs plus à surnager depuis un bon nombre d'années.

**Le sénateur Robertson:** Je voudrais poser une ou deux questions à Claude Forget. Il est intéressant que vous fassiez état de deux grandes préoccupations: d'une part, les soins primaires, d'autre part les hôpitaux d'enseignement universitaire, les centres d'excellence, les centres de recherche, et cetera. Je ne suis pas sûre d'avoir très bien compris, mais pensez-vous que ces centres d'enseignement et de recherche devraient être soustraits du régime et financés séparément par le gouvernement fédéral? Est-ce cela à quoi vous pensiez, peut-être?

**M. Forget:** Madame le sénateur, voilà une excellente question. En fait, pour être tout à fait honnête, je ne me suis pas demandé si c'est cela qu'il fallait faire ou non. Mon intention était essentiellement de dire que nous avons un nombre limité de ces centres de soins tertiaires où se concentrent les augmentations des coûts qu'entraîne la nouvelle technologie et d'autres facteurs. Nous devons trouver le moyen de les rendre plus faciles à gérer. Cela signifie-t-il pour autant qu'il faille les retirer du système général? Il faut en tout cas les retirer des soins primaires, parce que l'autre recommandation, c'est de maintenir non l'administration publique, mais uniquement le financement public, pour ainsi dire, au moyen d'un crédit d'impôt remboursable. Dès lors, certainement, les soins primaires ne seraient pas inclus.

Il est possible que l'on fusionne les hôpitaux de type communautaire et les établissements de soins prolongés aux hôpitaux universitaires, mais cette question n'est pas très importante. Voyez les établissements de soins prolongés, les foyers de soins infirmiers et les hôpitaux communautaires, ce n'est pas à ce niveau que se situent nos problèmes. Je crois que le statu quo sur ce plan serait tout à fait acceptable. À long terme, bon nombre de ces institutions, si nous mettons au point un mécanisme de marché interne, pourrait devenir des fournisseurs de services aux unités de soins primaires. Cependant, si on demeure réaliste, je ne crois pas que nous puissions envisager ce genre de fusion à court terme parce que, je le répète, il faut qu'il y ait un ingrédient actif dans ce mécanisme de marché interne pour que cela marche, et je ne crois pas que cela puisse se trouver à court terme, ou même à moyen terme.

Pour le reste, je dirais que le statu quo est parfait. Cela ne présente pas beaucoup de difficultés. Ce n'est pas à ce niveau qu'on accumule des grands déficits budgétaires; cela n'est pas non plus la cause des engorgements épouvantables dans les services d'urgence, et ainsi de suite. Les choses marchent raisonnablement bien, et dans un sens, je dirais «si ça marche, pourquoi jouer avec?»

**Le sénateur Robertson:** Mais avec vos centres de soins tertiaires, vos hôpitaux universitaires, et cetera, vous tenez peut-être là la possibilité d'obtenir des fonds fédéraux pour une partie de ces 30 et quelques unités. Le gouvernement fédéral pourrait...

**M. Forget:** Des fonds fédéraux?

**Le sénateur Robertson:** Le gouvernement fédéral pourrait ainsi dire: «Écoutez, c'est nous qui finançons cela», parce que le fédéral cherche toujours à se mettre en vedette.



**Mr. Forget:** Yes.

**Senator Robertson:** And rightly so.

**Mr. Forget:** I realize that I did not answer the question from Dr. Morin, either. Also, I have tried to keep away from federal/provincial issues.

**The Chairman:** All of us around the table are sympathetic with that problem.

**Mr. Forget:** In my opinion, these federal/provincial issues are very contentious; they are very divisive, and it seems to me that they jumped the gun in the sense that we must know what it is we want to see our Canadian health system evolve into, and then try to apportion roles between the provinces and the federal government; not the other way around. If you start from an aspiring role for this or that level of government, the tool becomes the goal. In my opinion, that is inappropriate. I think that we have enough problems in the health system with trying to solve the health problems in the health system, and we should let these intergovernmental fights take their course. I have no presumption of even having wise thoughts on the subject.

**The Chairman:** May I say, sir, that you have not lost any of your political skills in answering questions.

**Senator Keon:** Let me first say how much I enjoyed listening to both of you again, and the wonderful contribution both of you have made to the health field over the years.

Let me start with Mr. Castonguay. I want to bring you back to the CLSC. The whole subject is very interesting. My brother, who was a family physician, was practising in western Quebec when the CLSC was introduced, and I recall sitting at dinner with him, and he had such enthusiasm for it. He said "You know, I was spending close to half my time doing social work, and now I've got a social worker who takes all that off my hands, and I can practice medicine, and it's a truly great idea." Unfortunately, he died prematurely of cancer, and I have not had the feedback that I would liked to have had about the system.

The thing I have never quite understood is why this concept did not grow and spread across the country, because to me it seemed like such a wonderful idea for the development of the primary care piece, with which the whole country has struggled, and which has never really developed in the way it should. It is true that there were things wrong with that system, for example with physician remuneration, and so forth. However, I am at a loss to understand why it did not grow and develop, and spread across the country. Can you tell me why you think that is so?

**Mr. Castonguay:** Senator, I can make some comments as to what has happened in Quebec, as far as I can tell. It is difficult for me to make any comment about the other provinces since I am not close enough to their situation. However, here in Quebec a number of factors have contributed to what the CLSCs are doing now, and how they are seen by the doctors and the population.

**M. Forget:** Je sais.

**Le sénateur Robertson:** À juste titre.

**M. Forget:** Je me rends compte que je n'ai pas répondu non plus à la question du Dr Morin. De même, je me suis efforcé de me tenir à l'écart du contentieux fédéral-provincial.

**Le président:** Nous sommes tous ici présents sensibles à cette réalité.

**M. Forget:** À mon avis, ce contentieux fédéral-provincial est très épineux: cela crée de profondes divisions, et il me semble que les acteurs dans ce dossier vont un peu trop vite vu que nous devons déterminer en premier lieu dans quelle orientation nous voulons que le système de santé canadien s'engage, et de là, nous devons répartir les rôles entre les provinces et le gouvernement fédéral; et non procéder en sens inverse. Si un palier de gouvernement prétend jouer un certain rôle, l'outil devient le but. À mon avis, cela est contre-indiqué. Je pense que nous avons déjà assez de difficultés à résoudre les problèmes que présente le système de santé, que nous devrions nous tenir à l'écart de ces querelles intergouvernementales. Je ne prétends même pas avoir des réflexions bien inspirées à ce sujet.

**Le président:** Permettez-moi de vous dire, monsieur, que vous n'avez rien perdu de votre habileté politique dans les réponses que vous donnez.

**Le sénateur Keon:** Je vous dirai tout d'abord que j'ai beaucoup aimé vous entendre, et je tiens à souligner la merveilleuse contribution que vous avez tous deux apportée au domaine de la santé au fil des ans.

Je vais commencer par M. Castonguay. J'aimerais que vous me reparliez des CLSC. Toute cette question est très intéressante. Mon frère, qui était médecin de famille, exerçait dans l'ouest du Québec lorsque les CLSC ont fait leur apparition, et je me rappelle, lors d'un dîner avec lui, l'enthousiasme qu'il exprimait pour cette initiative. Il disait: «Tu sais, je consacrais près de la moitié de mon temps au travail social, et j'ai maintenant un travailleur social qui s'occupe de tout cela, et je peux pratiquer la médecine, c'est une idée vraiment extraordinaire.» Malheureusement, il est mort prématurément du cancer, et je n'ai pas reçu tous les renseignements que j'aurais aimé avoir au sujet de ce système.

La chose que je n'ai jamais très bien comprise, c'est la raison pour laquelle cette notion ne s'est pas propagée à l'ensemble du pays, parce que cette idée me semblait tellement merveilleuse pour l'avenir des soins primaires, et c'est une question qui se pose dans tout le pays, et nous n'avons jamais vraiment trouvé les solutions qu'il fallait. Il est vrai qu'il y avait des failles dans ce système, par exemple, au niveau de la rémunération des médecins, et cetera. Cependant, je n'arrive pas à comprendre pourquoi cette idée n'a pas pris plus d'ampleur et pourquoi elle ne s'est pas propagée à l'ensemble du pays. Pouvez-vous me dire pourquoi?

**M. Castonguay:** Sénateur, je peux vous dire ce que j'ai vu au Québec. Il m'est difficile de faire des observations au sujet des autres provinces parce que je ne connais pas aussi bien leur situation. Cependant, ici au Québec, certains facteurs ont contribué à l'évolution des CLSC, et à la perception qu'en ont les médecins et la population.

First of all, a good part of the medical profession reacted quite negatively to the concept. Initially, they did not want to go into the CLSCs, so they developed a number of clinics in reaction, actually, to the CLSC plan. I think that was not all negative. On the contrary, the creation of CLSCs put some pressure on the doctors to become a little better organized, actually. That, then, was one factor.

Another factor was funding. The CLSCs are financed strictly through public funds, and on account of the constraints on the financial resources available, quite often I would imagine that some CLSCs could have developed some services that were greatly needed, but they did not get the funds that they needed to do so. Thus it is understandable that some people would not find within that system a satisfactory range and level of service.

Another factor I think that contributed to their unpopularity was availability. The personnel within the CLSCs are all members of labour unions, so as a rule, CLSCs were open from 8 a.m. to 5 p.m., that sort of thing. In the evening or during the weekend when people were not at work, when they could have attended at an CLSC, they were closed. Accessibility was definitely another factor.

In addition to that, at the beginning some of the people in the CLSCs saw the social services or social action as more important, actually, than the medical services, and they got involved in "des revendications," or social representations. Again, that kept some people, including a number of professionals, away, I would think.

Thus you have a combination of factors. Notwithstanding those factors, however, as Claude Forget has mentioned, some CLSCs have developed and provide obviously very efficient services, and I would say that they have concentrated on and have had much more success with respect to education, prevention, some social services at home for people, that sort of thing. However, the medical services component has not developed to the same extent.

**Senator Keon:** Mr. Forget, I want to take you down just a single path. You tossed out an idea which we hear about from time to time: an idea which gets tossed out and then does not go anywhere, and that is the tax plan for health.

In discussions with my American friends, if there is one component of the health system in Canada that they will say is so much better than theirs, it is the single payer. They would say, "We are paying a 30 per cent overhead for all these insurance companies, and all this paperwork, and all this other stuff, and you guys are saving 15, maybe 20 per cent just because you have a single payer."

If we had a tax plan for health, frankly, I think it would be a great idea. I can remember back when people paid their health premiums and this kind of thing in Ontario, for example, and it seemed to be all right; the premiums were going up, and so forth. I never quite understood why they stopped that system and just incorporated it into the one big sump of money.

If we had a tax plan for health, do you think this could be a comprehensive financial plan for health? If it were, it would introduce a very high measure of accountability that we do not

Tout d'abord, une bonne part de la profession médicale a réagi très négativement à cette initiative. Au départ, les médecins ne voulaient pas adhérer aux CLSC, ils ont ouvert un certain nombre de cliniques en réaction, en fait, aux CLSC. Il n'y avait pas que du mauvais là-dedans. Au contraire, la création des CLSC a obligé les médecins à s'organiser un peu mieux, en fait. Ce facteur a donc joué.

L'autre facteur, c'était le financement. Les CLSC sont financés strictement par les fonds publics, et étant donné que ces ressources financières sont limitées, j'imagine que, très souvent, certains CLSC auraient pu créer des services qui étaient très en demande, mais ils n'obtenaient pas les fonds voulus pour le faire. Il est donc compréhensible que certaines personnes n'ont pas trouvé dans ce système une gamme de services d'une qualité satisfaisante.

La disponibilité des services a également contribué, à mon avis, à leur impopularité. Le personnel des CLSC est entièrement syndiqué, donc en règle générale, les CLSC étaient ouverts de 8 heures à 17 heures, ce genre de choses. Le soir ou pendant la fin de semaine, lorsque les gens ne travaillaient pas, lorsqu'ils auraient pu se rendre aux CLSC, ceux-ci étaient fermés. L'accessibilité aux services a donc joué un rôle important.

En outre, au début, certains responsables des CLSC jugeaient que les services sociaux ou l'action sociale étaient en fait plus importants que les services médicaux eux-mêmes, et ils ont participé à des revendications ou à des démarches sociales. À mon avis, cela a également encouragé certaines personnes, dont un certain nombre de professionnels, à se tenir à l'écart.

On se retrouve ainsi devant une combinaison de facteurs. Quels que soient ces facteurs, cependant, comme Claude Forget l'a dit, certains CLSC ont évolué et se sont mis à offrir de toute évidence des services très efficaces, et je dirais qu'ils se sont concentrés sur les services sociaux et qu'ils ont connu beaucoup plus de succès au niveau de l'éducation, la prévention, certains services sociaux offerts à domicile, ce genre de chose. Cependant, le volet des services médicaux n'a pas évolué autant.

**Le sénateur Keon:** Monsieur Forget, j'aimerais vous entendre sur un point en particulier. Vous avez lancé une idée qu'on entend de temps à autre: c'est une idée qu'on lance mais qui ne va jamais nulle part, et il s'agit du plan fiscal pour la santé.

Dans mes discussions avec mes amis américains, s'il y a un volet du système de santé canadien où ils disent que nous réussissons beaucoup mieux qu'eux, c'est au niveau du contributeur unique. Ils disent: «nous payons 30 p. 100 de plus pour toutes ces compagnies d'assurances, toute cette paperasserie et ces autres machins, et vous autres, vous économisez 15, peut-être même 20 p. 100, parce qu'il n'y a qu'un seul contributeur».

Franchement, je crois qu'un plan fiscal pour la santé serait une très bonne chose. Je me rappelle l'époque où les gens cotisaient à l'assurance-santé en Ontario, par exemple, et tout semblait bien aller: les cotisations augmentaient, et tout le reste. Je n'ai jamais compris pourquoi on avait mis fin à ce système et pourquoi on avait tout mis dans le même montant global.

Si nous avions un plan fiscal pour la santé, croyez-vous qu'on pourrait en faire un régime financier global pour la santé? Si oui, les responsables seraient contraints de rendre des comptes très



have now: financial accountability. I believe the public would want to know where their various payments went, and what percentage goes for what, and so forth.

Would you expand on this idea a little bit? You just threw it out and you did not expand on it. Would you run the risk of being careless and expand on it a bit?

**Mr. Forget:** May I ask, when you say a "tax plan", you are referring to an earmarked tax that would go to health?

**Senator Keon:** A health tax.

**Mr. Forget:** And you are questioning whether that would lessen the public accountability?

**Senator Keon:** No. I think it would increase the public accountability, but I just do not know if we could introduce it across the country. You mentioned that it would have to be by way of federal/provincial agreements, and so forth, but if a portion of our tax simply went into a comprehensive budget for health across the country, we would have a measure of accountability because we would know what is coming in and what is going out.

**Mr. Forget:** Yes.

**Senator Keon:** How do you think that could work? How do you think it could be introduced? Where would research funding come from? Where would academic funding come from? Where would health care funding come from? Where would some of the social services that Mr. Castonguay was just talking about at the other end come from? This is the kind of stuff I want to know about.

**Mr. Forget:** Senator, to the extent that I may not fully understand the implications of your question, I would say that essentially you need to agree on an envelope for the cost represented, and that is strictly dependent on the definition of what you want to cover. I suppose, however, that that is a factual issue, and it can be established.

Then I suppose that you need federal/provincial agreement. Perhaps it would facilitate federal/provincial agreement if, instead of Ottawa saying, "We are giving this money to the provinces, but we don't know exactly where it's going," and so on, we announced that we are basically pulling back some of the federal income tax, and that there will be a pull-back also on the provincial side; that we know the proceeds of that pull-back will be used jointly to fund health care in each province, managed by an agency with a legislated mandate to cover what could correspond to the definition of coverage, with the need to account for what it does, and have medium term plans, and so on.

I would say that that would require a great deal of change in the way both provincial governments and federal governments address their responsibilities, but I think it would increase accountability, it would increase transparency, and would certainly provide the managers of the health services a greater measure of predictability. In addition, it would be all-encompassing, in that

précis qu'ils ne rendent pas maintenant; il y aurait une responsabilité financière. Je pense que le public voudrait savoir ce qu'on fait de son argent, quel pourcentage va à quoi, et ainsi de suite.

Auriez-vous l'obligeance de me parler de cela un peu? Vous avez lancé cette idée, mais vous n'êtes pas entré dans les détails. Auriez-vous l'obligeance de sortir de votre réserve et de me donner quelques détails?

**M. Forget:** Pardon, lorsque vous dites «plan fiscal», parlez-vous d'une taxe dont les recettes seraient affectées à la santé?

**Le sénateur Keon:** Une taxe sur la santé.

**M. Forget:** Et vous vous demandez si on rendrait moins de comptes au public ainsi?

**Le sénateur Keon:** Non. Au contraire, on rendrait davantage de comptes, mais j'ignore si on pourrait l'imposer partout au pays. Vous avez dit qu'il faudrait conclure une sorte d'accord fédéral-provincial, et ainsi de suite, mais si une partie de nos impôts était simplement versée dans un budget global de santé pour l'ensemble du pays, nous serions mieux à même de rendre des comptes parce que nous saurions exactement combien d'argent on met là-dedans et combien on dépense.

**M. Forget:** Je vois.

**Le sénateur Keon:** Comment est-ce que ça pourrait marcher? Comment pourrait-on imposer cela? D'où proviendraient les fonds pour la recherche? D'où proviendraient les fonds pour la recherche universitaire? D'où proviendraient les fonds pour ces services sociaux que mentionnait M. Castonguay tout à l'heure. C'est le genre de choses que je veux savoir.

**M. Forget:** Monsieur, même si ne comprends pas bien toutes les ramifications de votre question, je vous dirais essentiellement qu'il faudrait s'entendre sur une enveloppe pour tous ces coûts, et cela dépendrait strictement de la définition des services que vous voulez fournir. J'imagine cependant que c'est là une question factuelle, et qu'on peut y trouver réponse.

J'imagine aussi qu'il faudrait un accord fédéral-provincial. Cela faciliterait peut-être les rapports fédéraux provinciaux si Ottawa cessait de dire: «Nous allons donner tant d'argent aux provinces, mais nous ne savons pas exactement ce qu'elles en font» et ainsi de suite, et qu'on annonçait plutôt qu'on mettrait essentiellement de côté une partie des impôts fédéraux, et les provinces en feraient autant; ainsi, on saurait que ces fonds réservés seraient utilisés conjointement pour financer les services de santé dans toutes les provinces, et la gestion en serait confiée à un organisme établi en vertu d'une loi qui financerait tout ce qui correspond à la définition de la protection de la santé, et cet organisme devrait rendre compte de ce qu'il fait, présenter des plans à moyen terme, et ainsi de suite.

A mon avis, cela révolutionnerait la façon dont les gouvernements provinciaux et le gouvernement fédéral s'acquittent de leurs responsabilités, mais je crois que la reddition de comptes s'en porterait mieux, la transparence aussi, et chose certaine, les gestionnaires des services de santé seraient mieux placés pour faire des prévisions. En outre, cette mesure serait globale, dans la

they would have all the instruments they need to achieve their objectives, and they could be subjected to certainly report on performance, on a long variety of some objectives, if you will, and so on.

It would be a complicated thing, but the present system is very complicated. If we had to start from scratch today, we would be amazed at the complications we have gone through. Perhaps it is not more complicated, I do not know, but I would say it sounds to me like something that is feasible if the political will were there.

In addition, I see very little down-side except the cost of transition, of course. When you have to negotiate and re-think the way things are managed, the cost is not inconsequential. However, I think the prize is worth the candle if you have something like that, because it has a potential to serve not just the purposes of the governments involved but the purposes of a better management, a more comprehensive approach, more sustainability.

Obviously, from time to time, people would say "With this definition of coverage, obviously the agencies are not in a position to do it all. Their performance is acceptable, and so on, but obviously they are running out of resources". Thus, from time to time, it would have to be readjusted. There would be a debate. It would be a debate that would have more formality to it than the present pre-budget, secret tug-of-war between the ministers of finance of various jurisdictions and the Minister of Health. It would need to be a federal/provincial agreement but it would also need to cover a number of years so that it would be a sort of step-by-step progression.

We should not lose the single payer phenomenon, because I do not believe, frankly, that Canadians would accept from the public coverage, that we should move away from the public coverage, at least with respect to the upper tier, the high-risk, major catastrophic sort of coverage that you have to envisage with tertiary and secondary care. I would tend to agree with that view. Any other formula with private insurance and so on is so complicated and beset with so many problems that I do not think that route offers any advantage.

Let us face it, there may well be abuse of the system at the primary care level. What I mean is that people may consult too much for colds and things, and they would just be better advised to sit at home and take an aspirin. That is possible. However, I do not know that we can document that. Certainly, people do not go in for major surgery just on a whim. Perhaps it is not appropriate all the time, but the best professional advice is that this is what they have to do, and they do it, and the personal cost in terms of trauma and anxiety is such that it is much more than the deterrent effect of co-insurance, or anything like that.

Therefore I do not believe that we should move away from the single payer, but maybe we should reorganize the single payer so that it is not also undermining the ability to manage the system efficiently, as it is now.

mesure où les gestionnaires disposeraient de tous les outils qu'il leur faut pour atteindre leurs objectifs, et on pourrait les obliger de rendre compte de leur rendement et de divers objectifs variés, si on veut, et ainsi de suite.

Ce serait compliqué, mais le système actuel est déjà très compliqué. S'il fallait repartir à zéro aujourd'hui, on serait étonné des complications que nous avons surmontées. Peut-être que ce ne serait pas plus compliqué, je l'ignore, mais il me semble que ce serait faisable à condition que la volonté politique existe.

En outre, j'entrevois très peu d'inconvénients, si ce n'est bien sûr le coût de la transition. Quand il faut négocier et repenser la façon dont on gère les choses, la question des coûts est importante. Cependant, je pense que le jeu en vaudrait la chandelle si l'on mettait au point un système comme celui-là parce que non seulement il permettrait de réaliser les objectifs des gouvernements mais aussi d'assurer une meilleure gestion, d'une approche plus exhaustive, plus durable.

De toute évidence, de temps à autre, les gens vont vous dire: «avec une telle définition de la protection, il est évident que les organismes de santé ne sont pas en mesure de tout faire. Leur rendement est acceptable, et tout cela, mais de toute évidence, ils manquent de ressources». Ainsi, de temps à autre, il faudrait apporter des correctifs. Un débat aurait lieu. Ce serait un débat plus structuré que celui que nous avons maintenant avec les consultations prébudgétaires, les guerres secrètes que se livrent les ministres des Finances des diverses provinces et le ministre de la Santé. Il faudrait conclure un accord fédéral-provincial, mais la mise en oeuvre de cet accord devrait s'étaler sur un certain nombre d'années pour qu'il y ait une sorte de progression étape par étape.

Il ne faudrait pas s'éloigner du concept du payeur unique, car je ne crois pas que les Canadiens accepteraient la disparition de l'assurance publique, du moins pour les risques élevés que représentent les soins tertiaires et secondaires. Et j'ai tendance à partager ce point de vue. Toute autre formule d'assurance privée est tellement compliquée et risque de poser tellement de problèmes que je n'en vois pas l'intérêt.

Il est vrai qu'il existe peut-être des abus au niveau des soins primaires. Je veux dire que des gens consultent peut-être trop souvent le médecin pour un simple rhume alors qu'ils feraient mieux de rester chez eux et de prendre un comprimé d'aspirine. C'est possible. Je ne sais toutefois pas s'il est possible de le démontrer. Il est certain que les gens ne vont pas subir une intervention chirurgicale importante par simple caprice. Ce n'est pas toujours la meilleure décision, mais c'est ce que leur médecin leur dit de faire et ils le font. Les traumatismes et l'anxiété que cela engendre ont d'ailleurs un effet dissuasif beaucoup plus important que la coassurance ou quoi que ce soit de ce genre.

Par conséquent, je ne crois pas qu'il faudrait s'éloigner du principe du payeur unique, mais peut-être devrions-nous réorganiser les services de ce payeur unique afin que la capacité à gérer efficacement le système ne soit pas compromise, comme elle l'est actuellement.



[Translation]

**Senator Maheu:** Mr. Forget, you mention tax credits often, and Mr. Castonguay mentioned CLSCs. As for me, I see dollar signs. Governments in the country are saying that they do not have enough money for health care. The federal government is saying that it does not have much money if it wants to pay down the debt.

I often hear middle-class Canadians say that they will no longer accept tax increases without revolutionary change in the various levels of government.

Have you thought about funding arrangements for all of these additional requirements, approaches that do not affect middle-class taxpayers? In your opinion, is it a question of the choices governments make? For example, I heard about the New Brunswick government that, at the time of Premier McKenna, did not have much trouble funding health care. It had fewer problems than others with health care. Did it make choices that were different from those of the other provinces? Is this something we should really look at?

**Mr. Forget:** Yes, you are right. It is a problem of choice, but on two levels. First of all, there is the problem of choosing the funding arrangement. To speak in round numbers, let us say that Canada currently spends \$90 billion on health care. Governments spend \$90 billion on 30 million people. I am rounding the numbers off, so approximately \$3,000 government dollars are spent annually for every man, woman and child in this country.

About 20 per cent of these expenditures are for primary health care. The government can continue to tax 20 per cent of \$3,000, or \$600 per person, and using a public administration mechanism, spend this \$600 per person through regular channels to fund primary health care.

We know that there is a taxation dead weight. People who have studied the importance of taxation say that out of the \$600 collected from taxpayers to fund primary health care, more or less 30 per cent is lost one way or another, either through administrative costs, or economic costs related to higher taxes than if the \$600 were not collected.

There are significant costs associated with using a tax measure. The choice is to say: Instead of collecting the tax and subsequently spending, let us let people pay a premium and deduct it from their taxes. That would reduce, as it were, the fiscal levy. So you are giving to individuals, even the ones who do not pay taxes if it is a refundable tax credit, without spending another cent. I would even say by spending less, by reducing the size of government and the tax base.

The choice of funding arrangement does not change in terms of distributive justice, but makes it possible to channel resources in a different way. But by doing so, the expenditures that would be subject to a tax credit would have to be very clearly defined. It would seem that the discussion that is underway in Quebec on drug insurance, on insurance for a loss of autonomy or old age always runs into the same phenomenon: How do you add an additional tax on taxpayers who are already so taxed and who

[Français]

**Le sénateur Maheu:** Monsieur Forget, vous avez souvent parlé des crédits d'impôt et monsieur Castonguay a touché le sujet des CLSC. Moi, je vois les signes de dollars. Les gouvernements au pays disent qu'ils manquent de fonds pour les soins de santé. Le gouvernement fédéral dit qu'il n'a pas beaucoup de fonds si on veut payer la dette.

J'entends souvent les gens de la classe moyenne dire qu'ils n'appuieront plus d'augmentations d'impôt sans une quasi-révolution des différents paliers de gouvernement.

Est-ce que vous avez pensé aux modalités de financement de tous ces besoins additionnels, sans toucher aux payeurs de taxes de la classe moyenne? Est-ce que d'après vous, c'est une question de choix des gouvernements? J'ai déjà entendu parler du gouvernement du Nouveau-Brunswick, par exemple, à l'époque, qui n'éprouvait pas beaucoup de problèmes à financer ses soins de santé dans le temps du premier ministre McKenna. Il avait moins de problèmes que d'autres avec la santé. Est-ce parce qu'il a fait des choix différents des autres provinces? Est-ce quelque chose à vraiment envisager?

**M. Forget:** Oui, vous avez raison. Il y a un problème de choix, mais à deux paliers. Il y a d'abord un problème de choix quant aux mécanismes de financement. Pour avoir des chiffres ronds, disons que le Canada dépense, actuellement, 90 milliards de dollars pour la santé. Les gouvernements dépensent 90 milliards de dollars pour une population de 30 millions. J'arrondis les chiffres, à peu près, 3 000 \$ de fonds publics sont dépensées par année pour chaque femme, homme, enfant de la population.

Environ 20 p. 100 de ces dépenses sont attribuables aux soins primaires. Le gouvernement peut continuer d'imposer 20 p. 100 de 3 000 \$, soit 600 \$ par personne et, par un mécanisme d'administration publique, de dépenser ce 600 \$ par personne par ses mécanismes habituels pour financer les soins primaires.

On sait qu'il y a un poids mort de la fiscalité. Les gens qui ont étudié l'importance de la fiscalité disent que pour ce 600 \$ prélevé chez les contribuables pour financer les soins primaires, 30 p. 100 plus ou moins sont perdus d'une façon ou d'une autre, soit par les coûts administratifs, soit par les coûts économiques d'une fiscalité plus élevée que si on ne prélevait pas le 600 \$.

Si on passe par un mécanisme fiscal, on a des coûts significatifs. La proposition d'un choix est de dire: au lieu de taxer et de dépenser par après, laissons les gens payer une prime et la déduire de leur impôt. On réduit en quelque sorte, de cette manière, le prélèvement fiscal. On donne aux individus, même à ceux qui ne payent pas d'impôt si c'est un crédit remboursable, sans dépenser un sou de plus, je dirais même en dépensant moins, en réduisant la taille du gouvernement et de l'assiette fiscale.

Le choix du mécanisme de financement ne change pas sur le plan de la justice distributive mais permet certainement de canaliser les ressources d'une autre façon. Mais, en le faisant, il faudrait définir de façon très claire quelles dépenses seraient ouvertes au crédit d'impôt. Or la discussion qui s'amorce semble-t-il au Québec sur l'assurance médicaments, sur une assurance pour perte d'autonomie ou sur l'assurance vieillesse se heurte toujours au phénomène suivant: comment imposer un

already have the impression, because of ambiguous definitions, that the services to be covered by the new tax are to some extent already covered?

It is as if no one ever wanted to clearly define it. A lot of ambiguity has been maintained around the issue. You could even say today that a senior's loss of independence is covered since the Quebec government has reception centres and claims to have enough comprehensive home care services, et cetera. Theoretically everything is covered.

The only new aspect would be the tax. The lack of definition that is maintained the current situation is such that new sources of revenue — in the form of a new tax or insurance premium — are impossible to consider politically. People say: Look, no, the only thing that appears new is the taxation aspect, not the coverage. It was never defined because we did not want to admit that it was insufficient.

It is clear that if a tax credit is used, the notion should be clearly defined, otherwise, managing the system will not be possible. It should be clearly defined. That is the difficulty in changing the funding. That is why your two questions are linked. There is a choice with respect to funding and coverage.

Since we have always hesitated to clarify the definition of coverage, for clear political reasons, as a country, politically, we have been forced into a situation where we are unable to move on funding. That is the vicious circle we must break.

**Senator Léger:** This is the first time I have participated in hearings. You said, Mr. Forget, that young people in school were less and less interested in being nurses or doctors because emphasis is being placed on entrepreneurship rather than on human beings.

I understand that we need short-term answers. Everyone is aging quickly. In the longer term, our discussions could focus on the fact that entrepreneurship exists because we need to take care of human beings. We need taxes. When you talk to ordinary people, the human factor needs to be the top priority.

It is as if the human factor used to be the priority and there was not enough entrepreneurship. Emphasis was put on entrepreneurship, and now we no longer talk about the other aspect. Can we go back to focusing only on the human factor? No, that is clearly no longer possible.

**Mr. Forget:** Yes, it is a good starting point because the evidence is in the right place. You are quite right. I believe that our discussions on health reflect too defeatist an attitude regarding the human factor and instead place too much importance on financial aspects. This is an important problem.

The example of Germany and France, which certainly have high tax rates, is an interesting one. They are making a greater effort in the health field than Canada and a number of other

impôt additionnel à des contribuables déjà tellement taxés et qui ont déjà l'impression, à cause du flou des définitions, que les services pour lesquels on veut leur imposer une nouvelle taxe sont, d'une certaine façon, déjà couverts?

Comme on n'a jamais voulu le définir précisément. Il y a beaucoup de flou entretenu à ce sujet. On pourrait dire aujourd'hui que la perte d'autonomie des gens âgés est couverte puisque le gouvernement du Québec a des centres d'accueil, qu'il prétend avoir des services à domicile complets et suffisants, et cetera. Théoriquement, tout est couvert.

Le seul élément nouveau serait la taxe. L'absence de définition qu'entretient la situation actuelle fait en sorte que des sources de nouveaux revenus — sous forme d'une nouvelle taxe ou d'une prime d'assurance — sont politiquement impossibles à envisager. On dit: écoutez, non, c'est seulement l'aspect fiscal qui apparaît comme nouveau, ce n'est pas la couverture. On ne l'a jamais définie puisqu'on ne veut pas avouer qu'elle est insuffisante.

Il est clair qu'en procédant par un crédit d'impôt, il faudrait définir précisément la notion, autrement, on ne peut pas gérer le système. Il faudrait définir précisément. C'est la difficulté de modifier le financement. C'est pourquoi vos deux questions sont reliées. Il y a un choix du financement et de la couverture.

Comme on a toujours hésité pour des raisons politiques évidentes à être précis sur la définition de la couverture, on s'accule comme pays, politiquement, dans une situation où on est incapable de bouger sur le plan du financement. C'est le cercle vicieux qu'il faut briser.

**Le sénateur Léger:** C'est ma première participation aux audiences. Vous avez dit, monsieur Forget, que les jeunes en formation étaient de moins en moins intéressés à être infirmières ou médecins en raison du fait qu'on met l'accent sur l'entrepreneuriat plutôt que sur l'être humain.

Je comprends qu'on a besoin d'avoir des réponses à court terme. Tout le monde vieillit vite. À long terme, dans nos discussions, on pourrait mettre l'accent sur le fait que l'entrepreneuriat est là parce qu'on doit soigner des êtres humains. Il faut des taxes. Quand on parle aux gens ordinaires, le facteur humain doit primer.

C'est comme si autrefois le facteur humain primait et que l'on ne faisait pas assez d'entrepreneuriat. On a mis l'emphasis sur l'entrepreneuriat, maintenant on ne parle plus de l'autre. Pourrait-on revenir rien qu'à l'humain? Non, c'est fini, c'est tout.

**M. Forget:** Oui, pour une première intervention, c'est très bien puisque l'accent est placé au bon endroit. Vous avez tout à fait raison. Je crois que nos discussions sur la santé sont trop défaitistes sur l'aspect humain et, au contraire, donne à la perspective financière une importance trop grande. Ce problème est important.

L'exemple de l'Allemagne et de la France qui souffrent certainement de taux d'imposition élevés est très intéressant. Ils font un effort plus grand que le Canada et que plusieurs autres



countries. But there are no waiting lists in France and Germany. If there are, they are much shorter than they are here.

Are Canadians prepared to make much higher financial sacrifices in the future? You are quite right in saying that we need to deal with this question directly. Is it the financial considerations or the human and social considerations that should take priority?

There has been a little too much temptation to listen to the various ministers of finance over the last few years and to not listen closely enough to public concerns. I believe that if we need to keep taxes high, Canadians are prepared to tolerate that. However, they want it to be done properly, to see good management, et cetera, and that is clear.

Basically, I agree with you that this debate cannot be ignored. If Canadians want to keep everything and even make the system better, they are going to have to agree to pay more.

[English]

**The Chairman:** Thank you for that comment. It simply reminds me of the fact that all governments have talked about cutting health care expenditures for the last several years but they have never talked about rationing the supply of health care services. Of course, one is a direct consequence of the other, but it is not politically feasible to talk about rationing health care services, a move for which there would be no support. However, there would be considerable support for cutting taxes.

One of the things that we clearly must do in our subsequent reports is point out that one cannot avoid those two issues being integrally intertwined, for exactly the same reason that you mentioned. I suspect that if anyone did a public opinion poll and, instead of talking about cutting taxes, talked about rationing health care expenditures, you would get a totally different result in the public opinion poll than you would normally get.

May I say to the two of you, thank you very much for coming. We are truly honoured, frankly, to have had the two of you come this morning and share your views with us, and to take the time to prepare the material you did. Thank you very much.

I say this to our witnesses. I appreciate the fact that we are running over time. The problem is, as you can appreciate, when you get two witnesses with the experience of the previous two speakers, that inevitably happens.

Senators, we have received a brief from the next two witnesses. They have both been asked, obviously, not to read the brief into the record. We are quite capable of doing that for ourselves. Instead, we have asked them to hit the highlights, because, as you can see — and I noticed that both of you have been here during the last session — we really like to get into questions and answers as opposed to just following briefs.

Therefore I will ask Dr. Serge Boucher from Hôtel-Dieu in Quebec to begin, and then we will hear from Professor Contandriopoulos.

pays pour la santé. Mais il n'y a pas de problème d'attente en France et en Allemagne. Et, s'il y en a, il est minime par rapport à ce que nous connaissons.

Est-ce que les Canadiens sont prêts à faire un sacrifice financier de façon significativement plus élevée qu'aujourd'hui? Il ne faut pas escamoter cette question et vous avez tout à fait raison. Est-ce la perspective financière ou la perspective humaine et sociale qui doit prédominer?

On est un peu trop tenté d'écouter les ministres des Finances de tous les gouvernements depuis un certain nombre d'années et de ne pas écouter suffisamment les préoccupations de la population. Je crois que s'il faut maintenir un niveau élevé de taxation, les Canadiens sont prêts à le tolérer. Ils veulent cependant que ce soit bien fait, que la gestion soit bonne, et caetera, sans aucun doute.

Fondamentalement, vous avez raison, ce débat ne peut pas être ignoré. Si les Canadiens veulent tout conserver et avoir encore mieux, ils vont devoir accepter de payer plus.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie. Ce que vous dites me rappelle que tous les gouvernements ont parlé, ces dernières années, de réduire les dépenses de santé, mais jamais de rationner les soins. Bien entendu, le deuxième est la conséquence directe du premier, mais il n'est pas possible, sur le plan politique, de parler de rationner les soins de santé, car personne ne serait d'accord. Par contre, les réductions d'impôt obtiendraient énormément d'appui.

Dans nos rapports futurs, nous devons certainement souligner qu'on ne peut pas éviter de relier les deux, précisément pour la raison que vous avez mentionnée. Si quelqu'un effectuait un sondage d'opinion non pas sur la réduction des impôts, mais sur la réduction des dépenses pour la santé, je suis certain que les résultats seraient entièrement différents.

Je voudrais vous remercier tous les deux d'être venus. C'est un véritable privilège pour nous que vous ayez bien voulu venir ce matin nous faire part de vos opinions et prendre la peine de préparer ces documents. Je vous en remercie infiniment.

Je dois dire à nos témoins que nous sommes en retard sur notre horaire, mais c'est inévitable lorsqu'on reçoit deux experts possédant une telle expérience.

Sénateurs, nous avons reçu le mémoire des deux prochains témoins. Nous leur avons demandé de ne pas nous lire leur texte, car nous sommes parfaitement capables de le faire nous-mêmes. Nous vous demanderons plutôt d'en mettre en lumière les principaux éléments car, comme vous pouvez le voir — et j'ai remarqué que vous étiez là tous les deux pour l'audition des témoins précédents — nous préférons poser des questions et entendre les réponses que de nous faire lire un texte.

Je vais donc demander au Dr Serge Boucher, de l'Hôtel-Dieu, de Québec de bien vouloir commencer, après quoi nous entendrons le professeur Contandriopoulos.

[Translation]

**Dr. Serge Boucher, Hôtel-Dieu Hospital, Quebec:** I would like to thank you for inviting me. I see that I am the only active clinical doctor representing a whole category of health workers. I am pleased to present here an overview of the document that I sent you. I will read it in French, if I may, and focus on the main points. After reading your document which, I must say, is very well done, very detailed, I would like to make a few points that I feel are particularly important.

Generally speaking, when we look at the health system in Quebec or in Canada — it is more difficult for me to talk about the other provinces, since I do not know them as well. I have worked in Ontario, but I live in Quebec, and so it is difficult to really know the other systems.

Basically, people want to have access to the system at the lowest possible cost. Over the past few years, this does not seem to be what has been happening. We have seen some deterioration. That is also no doubt why you have a committee working to find solutions to the problem.

Let us get right to the point. If we look at how resources are allocated, two approaches have been proposed to make the system more effective. On that point, I would echo to some extent what has already been said: Where would we be if all the generals had been effective?

One thing that we have to make sure to do is to continue to maintain an effective system. Right now, despite everything that the experts have tried to do to improve the system, it is not working as well as we would like.

I would definitely favour the second solution, that of additional funding coming not from the State but from individuals, since government funding obviously comes from individuals anyway. So I would favour the second approach.

Regarding the changes suggested in the first line, I have a lot of reservations and concerns about some aspects of that. There are basically two aspects. CLSCs were mentioned a little earlier: in the United States, these are called Neighbourhood Health Centers. In Quebec, they were hailed as something new when they were set up.

In the United States, 1,100 of these centres existed in 1930. It is not a new idea and these centres address a particular need. I will not come back to that unless I am asked specific questions on it. I would simply mention, with respect to the teams proposed to meet people's various consultation needs, that a team approach is not necessarily required.

If you have conjunctivitis, a cold, a respiratory infection, et cetera, you do not need a team complete with social worker, psychologist, on so on. That is what a structure like a CLSC has, in many cases. It is very difficult to get to see the doctor, as has already been mentioned.

[Français]

**Dr Serge Boucher, Hôpital Hôtel-Dieu de Québec:** Je tiens à vous remercier de m'avoir invité. Je constate que je suis le seul médecin clinicien actif représentant toute une classe de travailleurs de la santé. Il me fait plaisir de vous présenter les grandes lignes du document que je vous ai fait parvenir. Je vais le lire en français, si vous le permettez, pour en souligner les principaux points. Après avoir lu votre document qui, je dois dire, est très bien fait, très bien étoffé, je tenais à souligner certains points qui m'apparaissent particulièrement importants.

D'une façon générale, quand on regarde le système de santé au Québec ou au Canada, il m'est plus difficile de parler des autres provinces parce que je le connais moins. J'ai travaillé en Ontario, mais je vis au Québec de sorte qu'il est difficile de connaître bien les systèmes.

Fondamentalement, les gens désirent avoir accès au système au coût le moins élevé possible. Or, depuis quelques années, ce n'est pas ce qui semble se passer. Il y a une certaine détérioration. C'est d'ailleurs, sans doute, la raison pour laquelle vous avez un comité qui siège pour essayer de trouver des solutions à ce problème.

Allons directement au sujet. Si on regarde la question d'allocation des ressources, deux approches ont été proposées pour améliorer l'efficacité du système. Là-dessus, je vous répondrai un peu comme il a été déjà mentionné: où en serions-nous si tous les généraux avaient été efficaces?

On doit s'assurer d'une chose, on doit continuer à maintenir un système efficace. Présentement, malgré tout ce que les experts ont pu essayer de faire pour améliorer le système, on n'a pas noté une efficacité aussi significative qu'on le voudrait.

Je favoriserais nettement la deuxième solution, à savoir l'ajout de fonds qui ne proviendraient pas de l'État mais plutôt de l'individu, tout en sachant très bien que même si les fonds proviennent de l'État, ces fonds viennent de l'individu. Ce serait plus la deuxième approche que je favoriserais.

À la première ligne, pour les modifications, j'ai beaucoup de réticences et d'inquiétudes concernant certains éléments. Grossièrement, il y a deux éléments. On a fait référence, il y a peu de temps, aux CLSC, que l'on nomme aux États-Unis Neighbourhood Health Centers. Au Québec, on a dit que c'était une nouveauté quand ce fut instauré.

Aux États-Unis, je vous rappellerai qu'en 1930, il y en avait 1 100 qui existaient déjà. Ce n'est pas une nouveauté et cela répondait à un besoin bien particulier. Je ne reviendrai pas là-dessus sauf si on me pose des questions particulières. Je voudrais mentionner simplement qu'à l'intérieur des équipes qu'on veut constituer pour régler les problèmes de consultation auxquels la population est confrontée, vous n'avez pas nécessairement besoin d'une équipe pour répondre à ceux-ci.

Si vous avez une conjonctivite, un rhume, une infection respiratoire ou autre, vous n'avez pas besoin d'une équipe complète avec travailleur social, psychologue, et cetera. C'est ce qu'on retrouve dans une structure comme le CLSC, dans bon nombre de cas. Il est très difficile d'avoir accès au médecin, on l'a mentionné un peu plus tôt.



Moreover, changes take place within these teams. Doctors and nurses are increasingly difficult to contact. As a result, some people have been placed outside the system. Practical nurses, orderlies and a lot of others offer excellent services but are now excluded. Once again, I refer to this in the document that I provided to you. If someone suffers from paralysis, paralytic sequela, and needs to eat, I do not believe that five years of training is needed to be able to help that person. We must make sure of one thing: all the various health professions are trying to improve the level of knowledge of their members. That is a worthy goal. That said, we need to focus on what the public wants and needs, and that is basic care in particular.

At present, there are severe gaps in this area. There is also the economic aspect which is very important. Once again, I am not saying that we should not strive for excellence, for there are costs involved.

For someone who has difficulty moving around or eating because of paralysis or because of age, receiving care from someone with a doctorate is a fine thing. But as long as the person gets help to be able to walk, that is what really matters. Often the people who are trained to do this work and enjoy it are much happier doing it.

Senator Léger was wondering about the human aspect. In general, I have noticed in the past and see every day, since I am a practising clinical doctor, that these are often the people who are closest to the patients. We can come back to that if you like.

With respect to where the funding should come from, there is the idea of user fees. I have reservations about that idea, since user fees entail administrative costs and can have an impact on a particular segment of the population. I would add that if the decision were ever made to apply user fees, they should be strictly limited to front-line care.

There could also be parallel resources, such as private hospitals or modern structures. I am talking about MRIs or other types of care. A democratic system embodies the concept of free choice.

The Americans, in their Constitution, affirmed that democracy meant protecting citizens against the State or vis-à-vis the State, if you prefer. That is perhaps less aggressive.

Do people have a free choice? Can they be treated within a reasonable amount of time? Do they have access to the system? I do not believe so. Things will not improve in the years to come unless we change the system. People must be given a free choice.

Thirdly, there is the HMO system as found in the United States. It is said that, in Canada, we have ten HMOs, since every

À l'intérieur de ces équipes, on constate aussi que des modifications s'installent. Les médecins et les infirmières sont de plus en plus difficiles à rejoindre. De sorte que vous avez une situation où vous vous retrouvez avec des gens qui ont été éliminés du système. Les infirmières auxiliaires, les préposés et beaucoup de gens qui offraient d'excellents services ont été mis de côté. Encore une fois, j'y fais référence dans le document que je vous ai fourni. Quand quelqu'un a des problèmes de paralysie, de séquelles de paralysie et qu'il doit manger, je ne pense pas qu'une personne ait besoin d'avoir suivi un cours de cinq ans pour l'aider. On doit s'assurer d'une chose: actuellement, toutes les professions dans le domaine de la santé tentent d'améliorer l'excellence des connaissances. C'est un but louable. Il faut voir, par contre, ce que la population désire et ce dont la population a besoin, à savoir, en particulier, des soins de base.

Actuellement, il y a manque flagrant à ce palier. Ajoutons à ceci que l'élément économique est très important. Encore une fois, je ne tiens pas à dire que l'excellence ne doit pas être favorisée, mais elle entraîne des coûts.

Pour une personne qui a de la difficulté à se déplacer, qui a de la difficulté à manger à cause de séquelles de paralysie, à cause de son âge, recevoir des soins de quelqu'un qui a un doctorat, c'est très intéressant. Si elle peut avoir quelqu'un qui va l'aider à marcher, cela sera amplement suffisant. Souvent ces gens se sentent beaucoup plus heureux de faire ce travail parce qu'ils y sont préparés et ils l'ont à coeur.

Le sénateur Léger s'interrogeait sur cet aspect humain. En général, j'ai pu constater dans le passé et je le constate tous les jours puisque je suis un médecin clinicien pratiquant que ce sont souvent ces gens qui sont les plus près des malades. Donc, on pourra y revenir si vous le désirez.

Maintenant en ce qui a trait à la question de la provenance des ressources, on parle de ticket modérateur. J'ai des réserves à ce sujet en ce sens que le ticket modérateur entraîne des coûts d'administration et peut toucher une population particulière. J'ajouterai que si jamais on adoptait cette politique des frais modérateurs, ils devraient se limiter strictement aux soins de première ligne.

On peut envisager, en deuxième lieu, des ressources parallèles. On peut parler d'un hôpital privé ou de structures modernes. J'entends par là résonance magnétique ou autres soins accessibles à la population. Quand vous regardez dans un système démocratique, la démocratie implique le libre choix.

Les Américains, quand ils ont établi leur Constitution, ont tenu à maintenir la démocratie comme étant une protection du citoyen contre l'État ou face à l'État si vous préférez. C'est peut-être moins agressif.

Les gens ont-ils un libre choix? Est-ce qu'ils peuvent être traités dans un délai raisonnable? Est-ce qu'ils peuvent avoir accès au système? Je ne crois pas. Cela ne s'améliorera pas dans les années à venir à moins qu'on apporte des modifications au système. On doit donner un libre choix aux gens.

On peut parler, en troisième lieu, de l'utilisation du système des HMO tels qu'on les retrouve aux États-Unis. Comme on dit, au

province has its own system. This would be another way of viewing this approach.

There is a whole range of approaches. I hesitate to use the word insurance because as soon as you set foot in Canada, you are insured for everything. You have hospital insurance, health insurance, accident insurance, employment insurance. Now we are talking about old age insurance. It is very difficult to not be insured and to live in Canada. This is a fortunate situation, but there is a limit to this type of thing.

The other aspect would be to have, for instance, health insurance. In my document I referred instead to illness. This subject has perhaps been raised before or the witnesses that you will be hearing later on may mention it. We could set up a fund in which people could invest their money. They could then withdraw money from this fund, bearing in mind front-line care and maintaining a reserve for catastrophes. If you are hospitalized and have \$2,000 in your fund, this money could be used, regardless of whether it comes from you or the State, for front-line care.

If I call my accountant or my lawyer, I am fully aware of the fact that I will be receiving an invoice on Monday morning, the following week or in a very short, usually too short, period of time.

If the person does not touch the reserve fund, he or she will be paid interest, an aspect that will be dealt with by someone who will be presenting this afternoon I believe, and this money could be reinvested in a retirement savings fund.

As we all know, in Canada we are lagging far behind certain countries such as Denmark, England or the United States in the area of registered retirement savings plans. This situation has resulted in significant concerns about what will happen in the future, when people retire at the same time.

To conclude, one of the major problems that we all appear to be dealing with, without really realizing it, is the fact that we talk about health insurance. I will instead be talking about sickness insurance. You may recall that we initially did talk about sickness insurance. Now we talk about health. I am responsible for my health. As a pneumologist and as someone who is sports-minded, it is not in my interest to smoke. I have never felt any desire to smoke. I can therefore claim no merit, if you like.

Health is up to the individual. It is the individual who decides to become obese. It is the individual who decides whether or not to smoke. It is also the individual who decides whether or not he or she should exercise. Should the State intervene? Should the State compel the individual to do something? It is very important that we pinpoint accurately what the State can or must do; namely, looking first of all after the illness. As for health, we can give information. We can really focus on the objective pursued by the State and by the system that we have implemented.

Canada, on retrouve dix HMO, chaque province a son système. Alors, c'est une autre façon de voir cette approche.

Il y a une multitude d'approches. Je n'ose pas utiliser le mot assurance parce qu'à partir du moment où vous venez au monde au Canada, vous ne cessez d'être assuré. Vous avez une assurance-hospitalisation, une assurance santé, une assurance accident, une assurance-chômage. On parle maintenant d'assurance vieillesse. Il est très difficile de ne pas être assuré et de vivre au Canada. C'est heureux, mais il y a une limite à ce genre de choses.

L'autre élément serait d'avoir, par exemple, une assurance santé. Dans mon document, je réfèrais plutôt à l'élément maladie. On a peut-être mentionné ce sujet auparavant ou on le fera selon les témoins que vous entendrez. On pourrait avoir un fonds dans lequel les gens pourraient investir, placer leur argent et puiser à même ce fonds, toujours en tenant compte de soins de première ligne et en gardant en réserve ce qu'on peut appeler un élément de catastrophe. Si vous êtes hospitalisé et que vous avez 2 000 \$ dans votre fonds, qu'il provienne de vous-même ou de l'État, il pourrait être utilisé pour les soins de première ligne.

Si j'appelle mon comptable ou mon avocat, je suis tout à fait conscient que je vais recevoir un compte le lundi matin, la semaine suivante ou dans un délai très court, habituellement trop court.

Si la personne réussit à ne pas toucher à son fonds de réserve, il recevrait des intérêts, comme cela a été mentionné par quelqu'un qui va faire un exposé je crois cet après-midi, et il pourrait le replacer dans son fonds de retraite.

Comme on le sait bien, au Canada, on accuse un retard important en ce qui a trait aux régimes enregistrés d'épargne retraite, comparativement à certains pays tels le Danemark, l'Angleterre ou les États-Unis; ceci nous crée des inquiétudes importantes sur ce qui va survenir dans les années futures quand les gens vont prendre leur retraite en même temps.

En terminant, un des gros problèmes auquel tous semblent faire face sans vraiment le réaliser, c'est que l'on parle d'assurance santé. Je parlerais plutôt d'assurance maladie. Initialement, si vous vous rappelez, on a parlé d'assurance maladie. Maintenant on fait état de la santé. Je suis responsable de ma santé. Par exemple, étant pneumologue et sportif, je n'ai pas intérêt à fumer, je n'ai jamais eu envie de fumer. Je n'ai pas de mérite, si vous voulez.

La santé relève de l'individu. C'est lui qui décide s'il est obèse. C'est lui qui décide s'il fume. C'est lui aussi qui décide s'il doit faire de l'exercice. Est-ce que l'État doit intervenir? Est-ce que l'État doit forcer l'individu? Il est très important de bien cibler ce que l'État doit faire ou peut faire, à savoir s'occuper d'abord de la maladie. Quant à la santé, on peut donner de l'information. On doit très bien cibler l'objectif poursuivi par l'État et par le système qu'on a mis en place.



[English]

**The Chairman:** Thank you for that interesting and provocative opening statement. Let me also say that there is a huge similarity in some of your ideas with some of the ideas that Claude Forget put before us earlier. He was talking about refundable tax credits, and you are going a different route, but the goal is the same.

Professor Contandriopoulos?

[Translation]

**Mr. André-Pierre Contandriopoulos, Professor, Université de Montréal, Faculty of Medicine, Health Administration:** Mr. Chairman, I am a professor and researcher at the Université de Montréal University. I am an economist by training and for the past 30 years or so I have been working almost exclusively in research and training in the area of health. I have participated in various studies, and I was a member of the National Forum on Health.

I do not want to read my brief. I will let you, to some extent, try to determine, as you are doing, the reasons why our health care system must be changed. In Canada we are facing a difficult situation. We must decide whether, as a society, we want to take the necessary steps to ensure that our system once again becomes one that is admired throughout the world for its ability to take the human dimension under consideration, to react to the needs of people in a manner that is universal and adequate, or to allow our system to head off in the direction taken by our neighbours to the south, the so-called insurable system.

Canada is at a crossroads: if we let things go, in 10 years, the legislation protecting Canadians from the introduction of a private plan within the system will no longer exist. They will no longer have any support. If not, the system will be changed.

I find the issues of transformation interesting in our report. Our document contains ideas pertaining to this issue. The first idea, which I feel is quite fundamental, is that health is not an organization like any other. Health care systems in all of the developed countries of the western world were established in the 40s and 50s. These institutions reflect the values of the societies in which they were implemented.

In the western world, a type of accord was reached in order to, as Senator Léger was saying, deal with the aftermath of the Second World War in order to protect human beings in all of their dimensions. As a society, we invested in health, education and social protection. Our health care systems reflect the way we chose to organize this concern with respect to each and every one of us.

At the very start of your summary, you said that we need an objective approach. I can no longer agree with this. Moreover, when you talk about having the same ideology, I am no longer in agreement. When you talk about the health system, you have no choice but to be ideological. You cannot talk about the health system without referring to very basic values: equity, freedom,

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie pour cette déclaration liminaire très intéressante. J'ajouterais que je vois énormément de similarité entre certaines de vos idées et certaines de celles dont Claude Forget nous a fait part tout à l'heure. Il a parlé de crédits d'impôt remboursables tandis que vous choisissez une autre voie, mais l'objectif est le même.

Monsieur Contandriopoulos?

[Français]

**M. André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Université de Montréal, Faculté de médecine, Administration de la santé:** Monsieur le président, je suis professeur et chercheur à l'Université de Montréal, je suis économiste de formation et je travaille quasi exclusivement en recherche et en formation dans le domaine de la santé depuis à peu près une trentaine d'années. J'ai participé à différents travaux, y compris en tant que membre du forum national sur la santé.

Je ne veux pas lire mon mémoire. Je vais vous laisser, en quelque sorte essayer de replacer, comme vous le faites, les raisons pour lesquelles la transformation de notre système de soins est indispensable. On est, au Canada, dans une espèce de situation difficile. On a le choix de faire ce qu'il faut collectivement pour redevenir un système qui est admiré dans le monde entier dans sa capacité à tenir compte de l'humain, à réagir aux besoins des gens d'une façon universelle, adéquate ou de laisser notre système dériver dans la direction vers laquelle nous attirent nos voisins du Sud. Ce serait un système dit «assuranciel», comme celui de nos voisins du Sud.

Le Canada est à la croisée des chemins: si on laisse les choses aller, dans dix ans, les lois qui protègent les Canadiens de l'introduction d'un régime privé dans le système n'existeront plus. Elles n'auront plus d'appui. Sinon le système sera transformé.

Ce qui me semble intéressant dans notre rapport sont les enjeux de la transformation. Vous trouverez dans ce document des idées autour de cette question. La première idée qui me semble assez fondamentale est que la santé n'est pas une organisation comme une autre. Les systèmes de soins dans tous les pays développés du monde occidental ont été mis en place à partir des années 1940-1950. Ces institutions correspondent aux valeurs des sociétés dans lesquelles elles sont mises en place.

Dans le monde occidental un espèce d'accord est intervenu pour, comme disait le sénateur Léger, rencontrer cette exigence du lendemain de la Deuxième Guerre mondiale de protéger la personne humaine dans toutes ses dimensions. On a investi collectivement dans la santé, dans l'éducation, dans la protection sociale. Nos systèmes de soins représentent la façon par laquelle nous avons organisé cette préoccupation envers chacun d'entre nous.

Au tout début de votre résumé vous dites que nous avons à avoir une approche objective. Je ne peux pas être plus d'accord. Quand vous mentionnez aussi une même idéologie, je ne suis plus d'accord. On est forcément idéologique quand on parle du système de santé. Il n'est pas question de parler du système de santé sans faire appel à des valeurs très fondamentales: l'équité, la

efficiency. We have jumped with both feet into the arena of values. Maintaining that we are not ideological is perhaps the most serious affirmation of our ideology. That means that we are ideological without saying so to others. Consequently, we can no longer be objective. Being objective in this field means revealing our ideologies so that we can talk about them.

It is important to mention that all of the technical decisions we will be making — conditions of payment, source of funding, et cetera — say something about the values we want to promote.

These things are part and parcel of values, ethics. There can be no reform without thinking about ethics. There is no resource allocation mechanism that does not have any consequences on values and respect for all of these values. This could generate some interesting discussions.

In my opinion, it is interesting to note that the health systems are extremely complex collective institutions based on only one rationale. There is a constant interplay of four rationales which justify the decisions made in the health system.

These four rationales include, naturally, the professional rationale. When a patient meets with Dr. Boucher, it is obvious that Dr. Boucher will react with his patient. According to his professional rationale, he will try to adjust, as best he can, his knowledge to meet the particular biological, social and psychological situation of his patient.

This attempt to adjust our knowledge and resources to meet the problems of each individual is not driven by market forces, by technocratic control, by ballots in our democratic process.

Moreover, another rationale comes into play in the health system. Mr. Forget and Mr. Castonguay talked at great length about the technocratic rationale. The health system is technocratic. This tremendous bureaucracy will be horribly inflexible. Bureaucracy naturally tends to encroach upon sectors where it is not good. Consequently, bureaucracy will try to encroach upon clinics and interfere in areas under the purview of professional rationale.

The third tenet is extremely powerful. You hear about it all the time and you will hear about it a little later on: it is the power of the markets. We live in a world dominated by globalization. We get the impression that market forces will always improve productivity. Therefore, we are always pressured to include the markets in decision-making as a way of correcting a situation automatically, an approach which does not require much thought.

This belief in the power of the markets is extraordinary because it makes us feel that we do not have to think anymore. All that is needed is to let the invisible hand of the market do its thing and everything will work out for the best.

As you mentioned a little earlier, the public is extremely concerned about health care. It is an issue which affects us all, as individuals, as members of families, as parents and as children.

liberté, l'efficacité. On est en plein dans le champ des valeurs. Soutenir que l'on est non idéologique est peut-être la plus grave des affirmations de notre idéologie. Cela veut dire que l'on est idéologique sans le dire aux autres. Donc on ne peut plus être objectif. Être objectif dans le domaine, c'est révéler nos idéologies pour qu'on puisse en parler.

Il est important de mentionner que toutes les décisions techniques que nous allons prendre — les modalités de paiement, la provenance des fonds, et cetera — disent quelque chose sur les valeurs que l'on veut promouvoir.

On est bien dans l'ordre des valeurs, dans l'ordre de l'éthique. Il n'y a pas de réforme sans réflexion sur l'éthique. Il n'y a pas de mécanisme d'allocation des ressources sans conséquence sur le plan des valeurs et du respect de l'ensemble des valeurs. Cela pourrait susciter des discussions intéressantes.

Il me semble intéressant de noter que les systèmes de soins sont des institutions collectives extrêmement complexes qui ne sont pas régulées autour d'une seule logique. Quatre logiques interagissent en permanence et justifient les décisions prises dans le système de soins.

Ces quatre logiques sont bien entendu la logique professionnelle. Quand un patient rencontre le docteur Boucher, il est évident que le docteur Boucher va réagir avec son patient. Avec une logique professionnelle, il va tenter d'ajuster le mieux possible ses connaissances à la situation biologique, sociale et psychologique particulière de son patient.

Ce travail d'ajustement particulier de nos connaissances et de nos ressources aux problèmes de chaque personne ne peut pas être régi par les marchés, par la régulation technocratique, par le vote des processus démocratiques.

Par ailleurs, une autre logique joue dans le système de soins. MM. Forget et Castonguay vous ont parlé abondamment de la logique technocratique. Le système de soins est technocratique. Cette énorme bureaucratie sera terriblement rigide. La bureaucratie naturellement a tendance à vouloir empiéter dans les domaines où elle n'est pas bonne. Donc la bureaucratie va tenter d'empiéter sur la clinique et venir tenter d'empiéter dans le champ de la logique professionnelle.

Une troisième logique est excessivement puissante. On en a beaucoup parlé, vous allez en entendre parler tout à l'heure, c'est la logique marchande. Nous sommes dans un monde où la mondialisation domine. On a l'impression que la régulation marchande est celle qui est porteuse d'amélioration de la productivité. Donc on est tout le temps soumis à une pression pour introduire plus de logique marchande dans les décisions, de façon à ce qu'automatiquement, sans qu'on ait besoin de trop y réfléchir, des ajustements pertinents soient mis en place.

La logique marchande est extraordinaire parce qu'on pense qu'on n'a plus besoin de réfléchir. Il suffit de laisser jouer la main invisible du marché et tout va aller pour le mieux dans le meilleur des mondes.

Dans le domaine de la santé, la préoccupation citoyenne dont vous parliez tout à l'heure est très forte. Elle nous concerne nous, individus, nous, en tant que membres de famille par rapport à nos



Health care is so essential that we cannot regulate it through a democratic system. This concerns us.

We all agree on the fact that democracy does not just mean voting. Democracy is first and foremost, as you said, the outcome of public debate. Democracy means that citizens have the right to participate, discuss, debate and vote whenever necessary. But voting itself is not the essential element of democracy.

These four tenets coexist within the health care system. What we need to define today, and it is something we see in every type of reform being carried out these days, is the relative weight to be given to each of these tenets. Clinics cannot be ruled by bureaucracy. Certain bureaucratic decisions must not be guided by the market. However, other decisions may be improved by relying on the markets. We need to reintroduce a democratic approach to debate, controversy and participation into the system.

There will be reforms if we manage to redefine the roles of each approach. But it will be an exceedingly complex, difficult and cumbersome process, as you said. I could have discussed that subject in detail. Why is it so hard to do? What have we learned about change in huge collective organizations?

Change does not happen when you snap your fingers: it is a complex social process. Change is an exceedingly complex process. When you want to change something, it is because you have to, not because you want to. Change is hard. We do things a certain way and we do not want to change.

But I think that in health care today, we have all realized that change is a must. Public opinion polls have indicated this. There was an interesting poll done about a year ago in which 5,000 people in Quebec participated. Each person had to answer five questions: Should some free services be subject to user fees? Seventy per cent of respondents answered no. Should taxes be increased to bolster the health care system? Eighty-one per cent replied no. Quebeckers do not want to pay more tax. Were people who have received health care over the previous six months satisfied with those services? Eighty-five per cent of respondents said yes, which is surprising, given what we hear from the media. Will health care improve in the future? Eighty per cent said no. People are afraid.

We are living in a very peculiar time in which the public is telling politicians what it expects: Listen, we are worried about the future. People insist that they are afraid for the future because the system is not going in the right direction. Together, we had constructed a vision of what a responsible and universal health care system in Canada should be. These days, we have the impression that the system is mutating into something which does not correspond to our expectations. We are now afraid of all these

enfants, à nos parents. La santé est quelque chose qui nous concerne à tel point que l'on ne peut pas ne pas la réguler par une logique démocratique. Cela nous préoccupe.

La démocratie, on est bien d'accord, ne signifie pas simplement qu'il faut voter. La démocratie, c'est avant tout ce que vous dites, ce qui résulte d'un débat public. La démocratie c'est pouvoir participer, discuter, débattre et ensuite voter quand c'est nécessaire. Le vote n'est certainement pas l'élément structurant de la démocratie.

Ces quatre logiques coexistent dans tout le système de soins. Ce qui est important aujourd'hui et on le voit partout dans les réformes aujourd'hui: l'enjeu des réformes est d'arriver à redéfinir les frontières dans lesquelles une des logiques est dominante par rapport aux autres. Il va falloir qu'on protège la clinique de l'intrusion de la bureaucratie. Il y a des décisions bureaucratiques qui ne doivent pas être gérées par le marché. Il y a des décisions qui peuvent être améliorées par les fonctionnements du marché. Il y a une logique démocratique de débats, de controverses et de participation qu'il faut réintroduire dans le système.

La réforme aura lieu si on arrive à redéfinir ces espaces dans lesquels les différentes logiques vont jouer. C'est un exercice excessivement compliqué, difficile, lourd, vous en avez parlé. J'aurais pu aborder et discuter en détail de ce sujet. Pourquoi est-ce si difficile? Qu'est-ce que l'on sait sur le changement dans les grandes organisations collectives?

Le changement ne se fait pas en claquant des doigts, le changement est en soi un processus social complexe. Le changement est un processus extraordinairement complexe. Quand on veut changer, il faut qu'on soit obligé, cela ne sera jamais par plaisir. Il est difficile de changer. On a des habitudes et on veut pas les changer.

Je pense que dans le domaine de la santé aujourd'hui, on réalise tous qu'on est obligé. Les sondages au sein de la population nous le disent. Le sondage qui a été fait il y a exactement un an auprès de 5 000 personnes au Québec est intéressant. Les citoyens devaient répondre à cinq questions: certains services gratuits devraient-ils être payés par les usagers? Non, répondaient-ils au Québec, à 70 p. 100. Devrait-on augmenter les impôts pour mettre plus d'argent dans le système de santé? La réponse a été un non, à 81 p. 100. Les Québécois ne veulent pas payer plus d'impôt. Les personnes qui ont reçu des soins au cours des six derniers mois sont-elles satisfaites? Oui, à 85 p. 100, curieusement, malgré tout ce que l'on entend dans les journaux. La qualité future des services de santé va-t-elle s'améliorer? Non, à 80 p. 100. Les gens ont peur.

On est bien à un moment très particulier où la population dit aux politiciens ses attentes: écoutez, on a peur pour demain. On insiste: on a peur pour demain parce que le système ne va pas dans la bonne direction. On s'était construit collectivement une image de ce qu'était un système de soins responsable, universel au Canada. Actuellement, on a l'impression qu'il dérive dans quelque chose qui ne correspond pas à ce qu'on attend. On a maintenant peur de toutes ces combines, un petit peu de crédits d'impôt,

combinations, tax credits over here, user fees over there, a bit of insurance, unclear situations. It is better to have a transparent system. People are afraid.

If we are afraid, how do we bring about change? It is interesting to note that in your report you say that ambiguity represents change. You say:

We cannot trust those who believe you can reform the health system from the inside because it is too difficult to change.

But at the same time, people are saying that the market would bring about the changes which the bureaucracy cannot. There has to be more talk about change.

**Senator Morin:** Mr. Chairman, I have a few questions for Dr. Serge Boucher. Doctor, you have to deal with waiting lists and the reactions of your patients. Patients wait for the results of their biopsies, for medical imaging investigations, for an appointment with the right specialist, for the availability of an operating room and so on. This is what patients have to deal with. Beyond the figures and expectations, we cannot forget the anxiety patients feel when they wait for their biopsy report, not only because of what it will cost and because of its content, but also because of their health. It is something patients have to deal with. I would like to know what we can do to shorten waiting lists.

**Dr. Boucher:** You will understand that I do not have a silver bullet. In fact, that is one of the reasons you are here. You want to find solutions. Identifying the problem is already a step in the right direction. Professor Contandriopoulos mentioned that practitioners must be protected from an ever-increasing technocracy. If you ask a practitioner who believes in his work about how the system should work, he is usually in a position to provide you with reasonable answers.

But practitioners are not being consulted, they are not asked for their opinion. I would like to thank Dr. Morin for having invited me to appear before the committee. It does not happen often that we are invited to participate in an organization which has decision-making powers.

As regards the issue of accessibility, for instance, there is a lot of talk about the pet scan in Quebec these days. We know it is needed. What happens? Committee after committee is set up, reports are produced stating that it is appropriate and when and where it will be made available. Only then does construction begin.

As soon as it is ready and available, the technology has already become obsolete. From the moment a technology has been recognized — for instance, we were talking about medical imaging a little earlier — I could get the ball rolling in terms of the patient and all the steps leading to treatment.

payer un peu plus, petites assurances, des choses pas claires. Autant avoir un système clair. On a peur.

Si on a peur, comment changer? Il est tout à fait intéressant de noter dans votre rapport que l'ambiguïté soit le changement. Vous dites dans le rapport:

On ne peut pas faire confiance à ceux qui pensent qu'on peut réformer de l'intérieur le système de santé parce que c'est trop difficile à changer.

Mais en même temps, on postule qu'un intensification du marché entraînera des changements que la bureaucratie n'est pas capable de faire. Il y a quelque chose à discuter sur le changement.

**Le sénateur Morin:** Monsieur le président, j'ai des questions à poser au docteur Serge Boucher. C'est vous qui vivez vraiment avec les listes d'attentes et qui avez les réactions des patients. Les patients attendent qu'on obtienne les résultats des biopsies, les investigations en imagerie médicale, un rendez-vous avec le spécialiste approprié, la disponibilité d'une salle d'opération et ainsi de suite. C'est vraiment une situation que les patients vivent. Au-delà des chiffres et des attentes, il faut penser à l'angoisse des patients qui attendent le rapport d'une biopsie, pas seulement du point de vue du coût, au point de vue du résultat mais au point de vue de la santé. C'est vraiment une situation avec laquelle les patients vivent. J'aimerais connaître quelles solutions, quels sont les éléments de solutions qu'on peut apporter aux listes d'attentes.

**Dr Boucher:** Vous comprenez bien qu'il m'est difficile de vous dire que j'ai une solution miracle. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles vous êtes ici. Vous voulez trouver des solutions. Ayant identifié le problème, je pense que déjà c'est une chose. Le professeur Contandriopoulos mentionnait que l'on doit protéger les cliniciens face à une technocratie qui s'alourdit. Si on regarde un clinicien qui a à coeur son travail, habituellement quand il est consulté, quand on lui demande comment le système devrait fonctionner, il est en mesure de vous donner des réponses adéquates.

Actuellement on ne les consulte pas, on ne les invite pas. Je voudrais remercier le docteur Morin qui m'a invité au comité. Il n'est pas habituel d'être invité à faire partie de ces organismes qui décident.

Quand on regarde l'accessibilité, par exemple, présentement au Québec on discute beaucoup du «pet scan». On sait qu'il doit exister. Que constate-t-on? Une multiplication de comités, de rapports, diront s'il est approprié, quand il le sera et où il doit. La construction commence par après.

Au moment où il entre en fonction, cette technologie est déjà dépassée. À partir du moment où c'est bien identifié, par exemple on parlait d'imagerie médicale, je pourrais faire toute la démarche. Je parle du patient par rapport à tout ce qui suit, jusqu'au traitement.



That treatment is recognized everywhere today. We have to send people from Quebec to Sherbrooke for tests. They are put on a long waiting list. Our other alternative is to perform surgery, which is unnecessary in a certain number of cases, to make a diagnosis.

I do not want to dwell on solutions, because I do not want to stretch out the debate. There are clearly solutions at hand, but they do not lie in increased planning and a greater technocracy. I think we have to do the opposite. We have to give patients more choice.

There is an obvious problem when we have to refer patients to the United States.

I have a regular practice. Let me come back to this one issue: a friend was telling me that he was unable to live with a certain diagnosis. We told him that a pet scan was available at Mount Sinai. So he went. He was told it would cost \$650. An hour and a half later, he got the result: he was satisfied and returned home. The treatment did not cost the system a cent.

But what are we telling the public today? Listen, no, wait, we will put you on a waiting list and you will have to wait, not only for tests, but also for treatment. Canadians are told to get a tan south of the border and to spend their money there. But that is not what we tell them when it comes to the health care they have a right to and which is important to them.

I feel that that is a fundamental right in a democracy. Yes, I understand that health care is special, as the professor mentioned a little earlier. The public can choose. But if you told me today that a patient has choice within the health care system, I would reply that that is not true.

**Senator Morin:** You see, it was not without reason that I invited Dr. Boucher, whom I know. I knew that he had very specific ideas on what to do with our health care system.

As you know, Professor Contandriopoulos is probably the one who has contributed the most academically to the study of the health care distribution system in Quebec. He participated in every study, he attended health care forums and is very articulate. I would like to acknowledge the importance of his contribution and studies over the years: he has greatly contributed to bringing about change within Canada's health care system.

Mr. Contandriopoulos, I will read your report with great interest. I would like to discuss the issue of decentralizing the system as opposed to reforming front-line health care services. These are two distinct issues. As a hypothesis, I would simply like to compare what has generally been put forward and what you have proposed in terms of a decentralized system. Regionalization is not the same as decentralizing care.

I think that regionalization leads to the excessive bureaucratization of the control over health care. It leads to mergers between institutions and services. There are places where this system works particularly well in Canada, such as Edmonton and Calgary.

Ce traitement est reconnu partout présentement. On est obligé d'envoyer les gens de Québec à Sherbrooke pour subir leur examen. Ils sont sur une longue liste d'attente. Sinon on est obligé de les soumettre à des chirurgies, inutiles dans un certain nombre de cas, pour porter un diagnostic.

J'aimerais mieux ne pas trop élaborer sur les solutions, parce que je ne veux pas étirer le débat. Il y a clairement des solutions qui doivent être envisagées et les solutions ne se retrouvent pas dans une planification et une technocratie plus lourdes. Je pense qu'elles passent par l'inverse. Elles se retrouvent dans un choix que les malades pourraient faire.

Je pense qu'il y a un problème évident quand on est obligé de dire aux malades qu'ils doivent consulter aux États-Unis.

Je suis dans la pratique courante. Je reviens là-dessus: un ami me disait qu'il n'était pas capable de vivre avec un diagnostic qu'on pouvait porter. On lui avait dit que le «pet scan» était disponible au Mont Sinai. Il est allé. On lui avait dit que cela lui coûterait 650 \$. Une heure et demie après, on lui a donné le résultat: il était heureux, il est retourné chez lui. Ce traitement n'a rien coûté au système.

Aujourd'hui, que dit-on aux citoyens? Écoutez, non, attendez, vous avez une liste d'attente et attendez, non seulement pour subir les examens mais attendez également pour être traités. On les encourage à aller se faire bronzer dans le Sud et à dépenser leur argent à cet endroit. Pour ce qui est de leurs soins, auxquels ils ont droit et auxquels ils tiennent, ils n'ont pas le droit de les avoir.

Je pense que dans une démocratie, c'est un droit fondamental. Oui, je comprends que la santé est une chose particulière, comme le mentionnait le professeur tout à l'heure. Le citoyen a le libre choix. Présentement, si vous me dites que quelqu'un a un libre choix face au système de santé, je vous dirai que non, ce n'est pas vrai.

**Le sénateur Morin:** Vous voyez, ce n'est pas sans raison que j'ai invité le docteur Boucher que je connaissais. Je savais qu'il avait des idées précises sur notre système de soins.

Le professeur Contandriopoulos, vous le savez, est sûrement la personne qui a le plus contribué au plan académique à l'étude du système de distribution de soins au Québec. Il a été de toutes les études, il a été aux forums sur la santé, il est très articulé. Je voudrais reconnaître le mérite de ses interventions et de ses études au cours des années: il a fait beaucoup pour transformer le système de soins au Canada.

Monsieur Contandriopoulos, je vais lire avec beaucoup d'intérêt votre rapport. Je voudrais aborder la question du système décentralisé par rapport à la réforme du système des soins de première ligne. Ce sont deux choses différentes. Je voudrais simplement, comme hypothèse, dire que ce qu'on propose en général et ce que vous proposez comme système décentralisé. La régionalisation effectivement n'est pas une décentralisation des soins.

La régionalisation conduit, je pense, à une bureaucratisation excessive du contrôle des systèmes de santé. Elle conduit à la fusion des établissements et des services. Il y a des endroits où cela fonctionne particulièrement bien au Canada, à Edmonton, à

The people from Edmonton gave us a description which I found paradoxical: they said it was an advantage to have five or six people at a table, including the hospital director, the home care director, the director of this, the director of that and five or six bureaucrats, who all easily developed programs and distributed funds. They told us that this all happened in an atmosphere of complete harmony.

We were told it was a model of efficiency. I found it a little offensive because I was wondering where the real players were. Under decentralization, front-line teams would receive the power to spend and the power to establish programs. And that is more or less where the idea of the internal market came from. This has happened in England and in Sweden. The system provides for healthy competition and, instead of concentration, mergers and Marxist-Leninist central planning — a decentralization which involves the real players who are responsible. This is now happening in England and in Sweden, and I have been told that France is also considering this approach.

**Mr. Contandriopoulos:** Your question is very interesting and lies at the heart of this debate. First, you must realize that in England, France and Sweden, the systems are not internal market systems. They are basically regionalized systems. In England, boards, district authorities, are responsible for providing care to the entire population in a given area, and so on, that gives you an idea.

It would be interesting to think about what we are trying to achieve, instead of comparing the systems in detail. On the one hand, you said that we are all in agreement, including Dr. Boucher, that health care is fragmented today. People do not know whom to turn to, they get some place, they do not get an answer, they go somewhere else. If a person has to go to the United States for a test which would relieve their anxiety, that person will do so privately if they can afford it. If that person gets an answer, very well. But if that person decides to stay in Canada, they will in fact cost our health care system much more because they will consult many practitioners and will only become more frustrated. It is not true that our health care is free. It is very expensive. We could save money by making services available faster rather than privatizing health care for those who can afford it. If we had a system which was more responsive, it would be an improvement.

At the heart of the solution, there is — it is something that is extremely hard to do — the dual responsibility of rebuilding trust in the clinic. Doctors must be made to feel sufficiently independent in their fields of practice to be able to work at their own convenience, and at the same time patients must have enough trust in a doctor or team to have confidence in the advice that is given to them.

The worst thing we have now is the lack of trust: different information is given by two or three doctors. At the heart of the discussion, the fashionable term is integration. How are we going to make sense of, or co-ordinate things?

Calgary. Les gens d'Edmonton nous en donnaient une description qui me semblait paradoxale: ils mentionnaient l'avantage d'être assis cinq ou six autour de la table, le directeur de l'hôpital, le directeur des soins à domicile, le directeur de ceci, le directeur de cela et cinq ou six bureaucrates pour facilement établir les programmes, distribuer les fonds. Ils disaient que tout ceci se faisait dans l'harmonie la plus complète.

Et on nous décrivait cela comme un modèle d'efficacité. Cela me répugnait un peu parce que je me disais: où sont les véritables acteurs là-dedans? Une décentralisation permettrait de remettre les pouvoirs de dépenser, les pouvoirs d'établir les programmes à des équipes de première main. Et c'est de là que vient un peu cette notion de marché interne. On le voit en Angleterre, en Suède. Il établit une saine compétition et — au lieu de concentration, de fusion, de programmation centrale, de type marxiste-léniniste — une décentralisation avec les véritables acteurs qui sont responsables. Ceci se fait maintenant en Angleterre, en Suède, et on me dit que la France est en train de considérer ce projet.

**M. Contandriopoulos:** Votre question est très intéressante et au coeur du sujet. D'abord, remarquez qu'en Angleterre, en France et en Suède, les systèmes ne sont pas des systèmes de marché interne. Ce sont fondamentalement des systèmes régionalisés. En Angleterre, des instances, des autorités de district ont la responsabilité d'offrir les soins à toute la population, sur un territoire donné, et ainsi de suite, c'est un peu un détail.

Il me semble intéressant, moins dans le détail des comparaisons, d'essayer de réfléchir sur ce qu'on a en tête. Vous dites, d'une part, qu'on est tous d'accord et le docteur Boucher le disait aussi, pour dire qu'aujourd'hui les soins sont fragmentés. Les gens ne savent pas où se guider, ils arrivent quelque part, ils n'ont pas de réponse, ils vont ailleurs. La personne qui est obligée d'aller aux États-Unis pour subir un test qui la soulagerait de son inquiétude, si elle a les moyens de le faire, va le faire privément. Ce n'est pas trop grave, elle a la réponse. Si quelqu'un ne va pas le faire, cette personne va curieusement coûter très cher au système parce que pour se rassurer, elle va circuler dans le système, avec de plus en plus de frustration. Il n'est pas vrai que c'est gratuit. Cela coûte cher. Il y aurait des économies à rendre accessibles les services plutôt que privatiser les soins pour que ceux qui paient y aient accès. Si on avait un système qui réagissait à ces besoins, on aurait quelque chose de meilleur.

Au coeur de la solution, il y a — c'est quelque chose d'extrêmement difficile à faire — la double responsabilité de recréer la confiance dans la clinique. Il faut que, à la fois les médecins arrivent à se sentir suffisamment autonomes dans leurs champs de pratique pour pouvoir travailler à leur aise et en même temps que les patients aient envers un médecin ou une équipe, une confiance suffisante pour faire confiance à ce qu'on lui suggère.

Le pire actuellement est l'absence de confiance: des informations variables sont données par deux ou trois médecins. Au coeur de la discussion, on a le mot à la mode, l'intégration. Comment va-t-on donner du sens, va-t-on organiser la coordination entre les choses?



It is important to understand that the concept of integration is not one-dimensional. Integration is not done because of administration considerations, savings, failures that have never been established or for any old reason. Integration is done to increase the comprehensiveness and consistency of patient management.

We integrate to improve care. There are task forces. Obviously it would be important to have doctors and patients involved. There is clinical integration. In order for clinical integration to work, there can be no clinical integration without some form of integration. On these medical teams, these clinical teams, doctors play a role. If doctors are left out of integration, there can be no integration.

In England and Sweden, doctors are at the centre of these projects. Doctors are the conductors, the team leaders. In addition to the lead doctor, there are other doctors and so on. Doctors need support to play that role. We all know that you cannot spend all of your time doing clinical work, working with colleagues, managing activity, hiring managers and so on. Some bureaucracy must be set up, in order to delegate tasks to others who are better at doing them. You need support, which is sometimes called functional integration. You need authority, money and enough information to be able to manage things.

And it all goes together. When you have fundamental agreement on a definition of good care, on some kind of standard, you have to agree on what you want to do. If there is no agreement on that role, it does not work. You need a kind of clinic plan that everyone can buy into.

On the front lines, these groups of people should spring up in cities and in the countryside. I am not talking about regional administration, but regionally organized care, in which professionals play a major role. This is done to improve care.

All of the studies are now telling us in the strongest possible way that this front-line organization must not be disconnected from the second or third line. Otherwise, the result is what happened in England. The front line, as soon as the case is a bit complicated, sends the patient to the hospital, the hospital gets backed up again, and another lineup forms at the hospital.

So there needs to be some connection, some financial and professional repercussions and so on, among the lines of care so that there is no spillover from one line to another.

And that brings us back to the point that there is a front line that is locally organized, like a CLSC, based on geographic space. There is a second line elsewhere and a third one based on other spaces. It all has to hold together consistently. That is the

Il est important de bien comprendre que le concept d'intégration ne se décline pas sur une seule dimension: quand on parle d'intégration, premièrement on ne fait pas l'intégration pas pour des questions administratives, d'économie, d'échec qui a jamais été démontré, ni pour n'importe quoi. On fait de l'intégration pour améliorer la globalité, la cohérence de la prise en charge.

On intègre pour que les soins soient meilleurs. Il y a des tables de concertation. Il est évident qu'il serait important qu'on ait les docteurs et qu'on ait les patients. Il y a l'intégration clinique. Pour que l'intégration clinique fonctionne, il n'y aura jamais d'intégration clinique s'il n'y a pas une forme d'intégration. Dans ces équipes médicales, ces équipes cliniques, les médecins jouent un rôle. Si le médecin ne fait pas partie du projet d'intégration, il n'y aura pas d'intégration.

En Angleterre, en Suède, le médecin est au centre de ces projets. C'est lui qui est le chef d'orchestre, d'équipe. Il est composé de ce médecin, d'autres médecins et ainsi de suite. Le médecin pour faire cela a besoin d'être rassuré. On sait tous qu'on ne peut pas consacrer tout notre temps à faire à la fois de la clinique, travailler avec des collègues, gérer l'activité, engager des gestionnaires et ainsi de suite. Il va falloir qu'une bureaucratisation soit créée, que l'on délègue les tâches à d'autres qui sont meilleurs pour le faire. Il faut une aide, ce qu'on appelle parfois une intégration fonctionnelle. Il faut qu'il y ait de l'autorité, il faut qu'il y ait de l'argent, il faut qu'il y ait de l'information suffisante pour pouvoir gérer les choses.

Et tout cela tient ensemble. Quand on s'est mis d'accord au fond sur une définition des bons soins, sur ce qu'on a, un mot, une espèce de dimension normative, il faut qu'on soit d'accord sur ce qu'on veut faire. Si on n'est pas d'accord sur ce rôle, cela ne marche pas. Il faut avoir une espèce de projet clinique auquel on peut se raccrocher.

On devrait voir s'organiser, en première ligne, ces groupes de personnes en ville ou à la campagne. On ne parle pas de la région régionale, on parle donc d'une organisation régionale de soins, dans laquelle les professionnels ont un rôle important. On le fait pour améliorer les soins.

Toutes les études nous disent aujourd'hui, d'une façon excessivement forte que cette organisation de première ligne ne doit pas être déconnectée de la deuxième ou de la troisième ligne. Sinon le résultat en est ce qui s'est passé en Angleterre. La première ligne, dès que c'est un cas un peu compliqué, envoie le patient à l'hôpital, l'hôpital de nouveau s'engorge et de nouveau, on voit une file d'attente à l'hôpital.

Il faut donc qu'il y ait des articulations, des répercussions financières et professionnelles et ainsi de suite, entre les lignes de soins pour qu'on n'ait pas des déversements d'une ligne à l'autre qui se mettent en place.

Et cela nous ramène à dire qu'il y a la première ligne organisée sur un local, type CLSC, en termes d'espace géographique. Il y en a une seconde ailleurs et une troisième sur d'autres espaces. Il faut que tout cela se tienne ensemble d'une façon cohérente. C'est

integration plan. That is what we call a decentralized system, with several levels of responsibility, based on the types of care needed.

[English]

**Senator Robertson:** I just want to follow up on Senator Morin's comments. Dr. Boucher. Thank you for being so direct and rather to the point, which is helpful.

Two things that you mentioned that I want to relate to the dreadful waiting times that the citizens have now, and that are causing so many problems. Of course, also in that box, I suppose, is the scarcity of physicians and nurses. There is a whole bunch of things that cause all this backup.

You mentioned improved efficiency, and you mentioned in your remarks also dollars from individuals. When you are looking at increased dollars from individuals, are you expecting the taxpayer, the user, to pay more taxes through the government, so that the government receives the extra money, or are you looking at the individual to pay more, so that that money comes directly from the individual into the system?

**Dr. Boucher:** No, I do not expect them to send the money to the government, because essentially, when we are talking about taxes, I would go back to the point that taxes are finally each citizen's money.

**Senator Robertson:** Yes.

**Dr. Boucher:** It could be coming from the federal government, the provincial government, I do not mind, but it is still coming from everybody's pocket. That is one point.

The second point that I would mention is that we are not putting to very good use the knowledge of all of those professionals. I would expect that, as is the practice at the Mayo Clinic, for instance, and it is still a lucrative business, they need to make sure that each person, each professional there is used at his maximum. Thus they make sure that a physician, such as myself, for instance, does not have to wait for an hour at the X-ray filmtech, as we call it, for an X-ray just because the clerk is not available.

Looking at the way things are going in the health field all across Canada, there is a scarcity of physicians, of nurses, and so on, so with less physicians and nurses, what we must do is make sure that each minute those professionals spend is spent in the best possible manner. That is one point that I see as being very useful. If you can do that, you would save a lot of money.

**Senator Robertson:** You are really looking at parallel structures?

**Dr. Boucher:** I would not say 'parallel,' because parallels never meet, right?

**Senator Robertson:** You are right.

**Dr. Boucher:** What I mean is that I think it would be some sort of a helpful structure. I do not have the appropriate word, but when you talk about a parallel structure, as I mentioned, they never meet.

**Senator Robertson:** Never meet, yes.

le projet d'intégration. C'est ce qu'on appelle un système décentralisé, à plusieurs paliers de responsabilité, selon les types de soins dont on a besoin.

[Traduction]

**Le sénateur Robertson:** Docteur Boucher, j'ai une question dans la même veine que celle du sénateur Morin. Je vous remercie d'avoir été aussi direct.

Vous avez mentionné deux facteurs que je voudrais relier aux délais d'attente trop longs qui causent tellement de problèmes. À cela s'ajoute sans doute aussi, je suppose, la pénurie de médecins et d'infirmières. Et il y a toutes sortes de facteurs qui causent cet engorgement.

Vous avez parlé d'améliorer l'efficacité et d'un financement supplémentaire de la part des citoyens. Vous attendez-vous à ce que le contribuable, l'usager, paie davantage d'impôts au gouvernement afin que ce dernier obtienne ainsi des fonds supplémentaires ou le patient devrait-il payer directement cet argent au régime de santé?

**Le Dr Boucher:** Non, je ne m'attends pas à ce que les gens envoient de l'argent au gouvernement, car les impôts représentent l'argent des citoyens.

**Le sénateur Robertson:** Oui.

**Le Dr Boucher:** Cet argent pourrait venir du gouvernement fédéral ou provincial, peu m'importe, mais il sortira quand même de la poche des citoyens.

En deuxième lieu, je dirais que nous ne faisons pas un très bon usage des connaissances de tous ces professionnels de la santé. Comme on le fait à la clinique Mayo, par exemple, qui est toujours une entreprise lucrative, il faut veiller à tirer parti au maximum des compétences de chacun. On doit veiller à ce qu'un médecin, comme moi, par exemple n'ait pas à attendre une heure pour obtenir une radiographie parce que le préposé n'est pas disponible.

Étant donné la situation dans le domaine de la santé un peu partout dans le pays où il y a une pénurie de médecins, d'infirmières et d'autres professionnels de la santé, nous devons veiller à ce que chaque minute que ces personnes passent au travail soit utilisée le mieux possible. C'est une chose qui serait très utile. Si vous pouvez le faire, vous pouvez économiser beaucoup d'argent.

**Le sénateur Robertson:** Envisagez-vous vraiment des systèmes parallèles?

**Le Dr Boucher:** Je ne parlerais pas de système «parallèle», parce que les parallèles ne se rencontrent jamais, n'est-ce pas?

**Le sénateur Robertson:** Vous avez raison.

**Le Dr Boucher:** J'envisage une sorte de structure de soutien. Je ne sais pas comment l'appeler, mais comme je l'ai dit, un système parallèle ne peut pas rencontrer l'autre.

**Le sénateur Robertson:** En effet.



**Dr. Boucher:** I just want to make sure that there is some sort of coordination about that sort of a structure.

**Senator Robertson:** Then I will ask you, sir, if I understand you correctly, if you were looking at the Canada Health Act's five principles, would you be changing some of those to allow more diversity?

**Dr. Boucher:** Yes, I think so. As I mentioned initially, I think a citizen should have a choice in a democracy, and right now we do not have a choice now. We can talk about equity, as the professor mentioned a moment ago, but still, equity means that you can be cured in a health system.

**Senator Robertson:** Yes. Thank you, Professor, do you have something to add to those concerns?

[Translation]

**Mr. Contandriopoulos:** To answer your question, it is worthwhile to give some clarification of what we call funding. It consists of three overlapping mechanisms, if you will. Funding is a system for raising money, a system for allocating money and a system for paying doctors, hospitals, nurses, et cetera.

There are three dimensions when we discuss funding. Each of these dimensions produces specific incentives. Money is so important because it literally dictates what to do, what we are not entitled to do or what we cannot do.

It is important to realize that modern democracies use funding through taxes to set up extraordinarily powerful systems to raise money from those who generally have some in their pockets. Democracies may do so for reasons other than simply to have money in their own pockets.

That is the function of tax systems. There is no other "insurance" or other system that manages to take money from the pockets of those who have some in order to distribute it based on certain needs, society's needs in particular. Therein lies an ideological position.

If we are convinced that a responsible society is a society that arranges to provide children an education, to provide lifelong care to people when they are sick, to enable people to live in healthy environments and to enjoy minimum social protection, and if we want education, health and the environment to be accessible to all, we have no choice but to fund them through a tax or public funding system.

Now, there are many conceivable ways to raise public monies. There is income tax. There are other taxes. There are special "health" premiums. There are all sorts of ways of doing it, with various advantages and disadvantages.

If we proceed thus, we can redistribute. If not, we will not have enough money to redistribute it to those who need it. We will wind up saying to those who have money in their pockets — unlike the government — to spend it as they see fit. They will not

**Le Dr Boucher:** Je veux faire en sorte qu'il y ait une certaine coordination entre les structures.

**Le sénateur Robertson:** Par conséquent, si vous prenez les cinq principes de la Loi canadienne sur la santé, y en a-t-il certains que vous changeriez pour permettre une plus grande diversité?

**Le Dr Boucher:** Je pense que oui. Comme je l'ai mentionné au départ, je crois qu'un citoyen devrait avoir le choix, dans une démocratie, ce qui n'est pas le cas à l'heure actuelle. Nous pouvons parler d'équité, comme le professeur l'a mentionnée tout à l'heure, mais l'équité exige que vous puissiez vous faire soigner.

**Le sénateur Robertson:** Oui. Merci. Professeur, avez-vous quelque chose à ajouter?

[Français]

**M. Contandriopoulos:** Pour répondre à votre question, il est intéressant de préciser un tout petit peu ce qu'on appelle le financement. Il se compose de trois mécanismes, si vous voulez, imbriqués les uns dans les autres. Le financement est un système de prélèvement de l'argent, un système d'allocation de l'argent et un système de paiement des médecins, des hôpitaux, des infirmières, et cetera.

Il y a trois dimensions quand on parle de financement. Chacune de ces dimensions produit des incitations particulières. Si l'argent est si important, c'est qu'il dit littéralement quoi faire, ce qu'on n'a pas le droit de faire ou ce qu'on ne peut pas faire.

Il est important de réaliser que les démocraties modernes utilisent le financement par les impôts pour mettre en place des systèmes extraordinairement puissants pour prélever l'argent dans les poches de ceux qui généralement en ont. Elles peuvent l'utiliser selon une autre logique que celle d'avoir de l'argent dans sa poche.

C'est la fonction des systèmes de taxation. Il n'y a aucun autre système «assurantiel» ou autre qui arrive à aller chercher de l'argent dans les poches de ceux qui en ont pour le donner en fonction de certains besoins, en particulier des besoins de la société. C'est là que réside une position idéologique.

Si on est convaincu qu'une société responsable est une société qui s'organise pour donner aux enfants de l'éducation, pour donner au cours de la vie des personnes des soins quand elles sont malades, pour permettre aux personnes de vivre dans des environnements sains, pour bénéficier d'une protection sociale minimum et si on veut que l'éducation, la santé et l'environnement soient accessibles à tous, on n'a pas d'autre choix que de les financer par l'entremise d'un système fiscalisé ou public de financement.

On peut imaginer, maintenant, plusieurs façons de prélever l'argent public. On peut le faire à travers les impôts sur le revenu. On peut le faire à travers les taxes. On peut le faire avec des cotisations spéciales libellées «santé». Il y a toutes sortes de façon de faire qui ont des avantages et des inconvénients.

Si on procède ainsi, on va pouvoir redistribuer. Si on ne le fait pas, on n'aura pas suffisamment d'argent pour le redistribuer auprès de ceux qui en ont besoin. On va se retrouver à dire à ceux qui ont l'argent dans leur poche — et ce n'est pas l'État qui l'a —

spend it in a collectively responsible way. That is fundamentally an ethics issue on which you have to take a stand.

You are either sensitive to the idea that everyone should have the chance to get ahead in society through education and health, or you believe that social and financial success are the rewards for certain qualities that come with certain privileges. It is really an ideological position.

There is no right or wrong answer. Everyone chooses his or her own position. The choice of position will determine the core policies. No private health care funding is consistent with an ideological position that everyone should have health, education and healthy environments.

**Dr. Boucher:** I would answer that I disagree with that.

**Mr. Contandriopoulos:** That does not surprise me.

**Dr. Boucher:** No, in fact, if you take the two basic economic systems, if you consider the basis of the market system, prices are what determine supply and demand.

In a "sovietized" system, there is limited supply and unlimited demand. The limit is the waiting list. That is what we are currently experiencing.

If you were to say to me that the fact that somebody can buy slightly more expensive clothing constitutes inequality because clothing, food and shelter may constitute basic needs, basic necessities, I would say to you: well, look, let us extend insurance then. As I said at the outset, we do not lack for insurance in Canada. We could have clothing insurance, car insurance and all those things.

**Mr. Contandriopoulos:** Well, that is what we have.

**Dr. Boucher:** Well, I do not believe I have clothing insurance. I am sorry.

**Mr. Contandriopoulos:** No, car insurance.

**Dr. Boucher:** I will continue, if you will let me. Some may say that simply because one person is able to obtain health care, another is not, but I would argue the opposite.

Currently, what is lengthening waiting lists is the fact that there is not just one limit, there is a bottleneck. Why not allow for parallel access, for example: this has been studied, and I could refer you to a study in my documents that would show that it is mostly the poor and those with financial difficulties who are asking for this kind of thing. They are the ones calling for access.

As you must remember, under the Soviet system, those with access to the system were not necessarily the richest, but rather Party members.

de l'utiliser comme bon leur semble. Ils ne l'utiliseront pas d'une façon collectivement responsable. On a là, fondamentalement, une question éthique sur laquelle prendre position.

On est soit plutôt sensible à cette idée que tout le monde devrait avoir une chance de progresser dans la société par l'éducation et la santé ou on pense que la réussite sociale et monétaire est la contrepartie d'une qualité particulière qui entraîne des privilèges particuliers. C'est vraiment une position idéologique.

Il n'y a rien de bien ou de mal. C'est une position que chacun veut avoir. Les conséquences de cette position orienteront les politiques résolument centrales. Il n'y a pas de financement privé du système de santé qui soit cohérent avec une position idéologique qui soutient qu'il serait normal que tout le monde puisse avoir de la santé, de l'éducation et des environnements sains.

**Dr Boucher:** Là-dessus, je répondrais que je suis en désaccord.

**M. Contandriopoulos:** Cela ne m'étonne pas.

**Dr Boucher:** Non, en fait, si vous regardez les deux systèmes économiques fondamentaux, quand on regarde la base du système d'économie de marché, ce qui établit l'offre et la demande, ce sont les prix.

Dans un système où vous avez une «soviétisation», vous avez une offre limitée avec une demande illimitée. La limite est la liste d'attente. C'est ce qu'on vit présentement.

Si on me dit que le fait que quelqu'un puisse s'acheter des vêtements un peu plus cher constitue une inégalité parce que les vêtements, la nourriture et le logement peuvent constituer des besoins de base, ce sont des choses fondamentalement nécessaires, je vous dirais: bien, écoutez, à ce moment, étendons les assurances. Comme je l'ai mentionné initialement, ce n'est pas ce qui manque au Canada, les assurances. On pourrait avoir une assurance vêtements, une assurance automobile et toutes ces choses.

**M. Contandriopoulos:** Bien, c'est ce qu'on a.

**Dr Boucher:** Bien, je ne pense pas avoir d'assurance vêtements. Je suis désolé.

**M. Contandriopoulos:** Non, une assurance automobile.

**Dr Boucher:** Je continuerai, si vous me le permettez. Quand on dit: bien, écoutez, le simple fait que quelqu'un puisse se procurer des soins de santé va empêcher quelqu'un d'autre d'en avoir, je prétends le contraire.

Présentement, ce qui allonge les listes d'attente, c'est le fait qu'il n'y a qu'une seule limite, il y a un goulot d'étranglement. Si on permettait, par exemple, d'avoir en parallèle une accessibilité, les études en témoignent, je pourrais vous citer une enquête dans mes documents, elle démontrerait que ceux qui réclamaient le plus ce genre de choses, ce sont les gens qui étaient pauvres ou qui avaient des difficultés financières. Ce sont eux qui demandent qu'il leur soit possible d'avoir accès.

Comme vous vous en souvenez très bien, dans le système soviétique, ceux qui avaient accès au système n'étaient pas nécessairement les plus riches mais les membres du Parti.



If you want direct access to the system, you had better know someone on the inside. I could go on about that, but you are aware of this and so is everyone.

If we raise taxes, by whatever means, the money always ends up coming out of the same pocket, yours and mine. We have to give people a choice, once again, and they have to be able to make that choice outside the system, to shorten the waiting lists. That is the system we have chosen.

[English]

**The Chairman:** Thank you. I must say, as a former academic myself, I have never heard of a situation in which the economist is arguing for not using market forces and the doctor is arguing for using market forces. This is sort of a disconnect in my mind.

[Translation]

**Mr. Contandriopoulos:** Hence the importance of ideology.

**Senator Pépin:** My question, in part, had to do with the integration of the medical system. My impression is that the current system is a pyramid. Doctors are at the top of the pyramid. Health care workers, like nurses, pharmacists, social workers and laboratory technicians are on another level.

I was wondering, given that we are exploring other avenues, if you think doctors will agree to share certain responsibilities or to work in teams with health care workers. Will they agree to give up or share some of their powers?

Mr. Contandriopoulos gave us his answer. Doctor Boucher, what is your approach?

**Dr. Boucher:** I would give you the same answer to that. I would say yes, they will agree. If nurses agree to hand powers over to nursing assistants, then I would say I see no reason why doctors would not agree.

You see, there is a whole pyramid within the system. When you say that doctors are at the top of the pyramid, I would say it depends where you are. If you are in a hospital, it is the administrator, the deputy administrator and the coordinators. Doctors come somewhere in the system on the same level as nurses. There is no real pyramid, I must say. People are used to team work.

I wanted to point out earlier that we have to make the best use of what costs us the most. If we can reduce what I would call the clerical workload of nurses or doctors, then I would say, do it, please. That is the way to save money and improve efficiency.

For the time being, there is the bottleneck. When I have to wait an hour for an X-ray, that clearly does not cost much. Similarly, when you talk about teams, I would say to you that you do not need a team when someone is seeking medical advice for a run of the mill respiratory tract infection. The power can be shared. We

Quelqu'un qui désire avoir un accès direct au système se doit de connaître quelqu'un à l'intérieur même du système. Je peux en témoigner et puis vous en connaissez et on en connaît tous.

Si on alourdit le système de taxation, peu importe la méthode, les fonds finissent toujours par venir de la même poche, la vôtre et la mienne. On doit permettre aux gens de choisir, encore une fois, et ce choix devrait pouvoir être fait hors du système, pour diminuer la longueur des listes d'attente. C'est ce système qu'on a choisi.

[Traduction]

**Le président:** Merci. Je dois dire qu'en tant qu'ancien professeur moi-même, je n'ai jamais vu de cas où c'est le médecin qui préconisait d'utiliser les forces du marché tandis que l'économiste s'y opposait. Je ne comprends plus très bien.

[Français]

**M. Contandriopoulos:** D'où on voit l'importance de l'idéologie.

**Le sénateur Pépin:** Ma question portait en partie sur l'intégration du système médical. Actuellement, j'ai l'impression qu'on a un système pyramidal. Le médecin est placé tout au haut du système. Les travailleurs de la santé, tels que les infirmières, les pharmaciens, les travailleurs sociaux et les techniciens de laboratoire sont à un autre échelon.

Je me demandais, vu qu'on explore d'autres avenues, si vous croyez que les médecins vont accepter le partage de certaines responsabilités ou de travailler dans une équipe avec les travailleurs de santé. Est-ce qu'ils vont accepter de céder ou de partager certaines règles de pouvoir?

M. Contandriopoulos nous a donné sa réponse. Docteur Boucher, quelle est votre approche?

**Dr Boucher:** Là-dessus, je vous ferais la même réponse. Écoutez, je vous dirais que oui, ils vont accepter. Si les infirmières acceptent de céder des pouvoirs aux infirmières auxiliaires, je vous dirais: bien, je ne vois pas pourquoi les médecins ne l'accepteraient pas.

Voyez-vous, il y a toute une pyramide à l'intérieur du système. Quand on dit que le médecin est au sommet de la pyramide, je vous dirais que cela dépend de l'endroit où vous êtes. Si vous êtes dans un hôpital, ce sont le directeur général, les directeurs adjoints, les coordonnateurs. Le médecin se retrouve quelque part dans le système au même palier que les infirmières. Il n'y a pas vraiment de pyramide, je dois dire. Les gens sont habitués de travailler en équipe.

Je voulais souligner préalablement qu'on doit utiliser le mieux possible ceux qui nous coûtent le plus cher. Si on peut diminuer la tâche que j'appellerais cléricale de l'infirmière ou du médecin, je dirais: écoutez, faites-le, s'il vous plaît. C'est ainsi qu'on peut arriver à une certaine économie et améliorer l'efficacité.

Actuellement le goulot d'étranglement est là. Quand on me fait attendre pendant une heure pour avoir une radiographie, c'est sûr que cela ne coûte pas cher. De la même manière, quand vous parlez d'équipe, je vous dis: il n'est pas nécessaire d'avoir une équipe quand quelqu'un consulte pour une infection respiratoire

can work in teams. There is clear and readily available evidence to that effect.

I am very concerned about the way the system is going, particularly with respect to not doctors, but nurses. The problem is that nurses with bachelors and master's degrees are being glorified. As a professor with a doctorate at the university near where I live said: Look, you have nothing but bachelor's degrees and do not have access to me, you have no business speaking to me. When you have your doctorate, I will be pleased to talk to you.

This anecdote is an extreme example of what I have heard. I note that people made sure there would be no assistants, no one to replace them. Nurses feel uncomfortable, neglected. I have not observed this phenomenon among doctors, oddly enough. Doctors are quite happy and have no problems working in teams.

Some doctors may have problems. Some well-known specializations like neurosurgery and heart surgery have a certain aura of glory.

**Senator Morin:** The challenge!

**Dr. Boucher:** It so happens that those are the only two specializations in Quebec without an income ceiling. So from the doctors' side of things, there is no problem. The problem that I see looming and that we are going through, if people continue at this pace, is that there will no one left to take care of the ill.

**Senator Pépin:** There will be no bedside nurses.

**Dr. Boucher:** No. Nursing assistants are being brushed aside. Nurses are less valued in hospitals without a bachelor's degree. It is nurses with bachelor's degrees that are being recruited.

**Senator Pépin:** As a bedside nurse, I agree with you. It is all well and good to hire a nurse with a bachelor's degree, but we need bedside nurses to be there for the ill, and that is very important.

When you are working in a team, and someone comes along, that person does not necessarily need to see a doctor, perhaps a nurse will do, or someone who could point that person in the direction of the right person. That would save time for doctors and patients. I am actually glad to hear that doctors will have no problem. But we have suspected for some time that there will be problems among nursing assistants, nurses with bachelor's degrees, et cetera.

[English]

**The Chairman:** Last question, Senator Keon?

**Senator Keon:** Dr. Boucher, coming back to market forces and looking specifically at the imaging situation and the waiting lists, you have private MRI clinics in Quebec, and you do not have private PET clinics in Quebec. Has the fact that there are private MRI clinics in Montreal and Hull eliminated the waits for MRIs in the province, do you think?

banale. Oui on peut partager le pouvoir. Oui on peut travailler en équipe. Il y a des preuves qui le démontrent clairement; on peut les retrouver facilement.

J'ai beaucoup d'inquiétude quant à l'évolution du système, en particulier, je ne dirais pas à propos des médecins mais à celui des infirmières. C'est que présentement, on glorifie les bachelières, on glorifie celles qui font des maîtrises. Comme le disait un professeur à l'université tout près de l'endroit où j'habite qui avait un doctorat: écoutez, vous n'êtes que des bachelières et vous n'avez pas accès à moi, vous n'avez pas à me parler. Quand vous aurez votre doctorat, cela me fera plaisir de vous parler.

Cette anecdote pousse à l'extrême et je l'ai entendue. Je constate qu'on s'est assuré qu'il n'y aurait pas d'auxiliaires, qu'il n'y aurait personne d'autre pour les remplacer. Les infirmières se sentent mal à l'aise, mises de côté. Je ne constate pas ce phénomène de la part des médecins, c'est curieux. Les médecins vivent très facilement en équipe sans difficultés.

Certains peuvent éprouver des difficultés. Certaines spécialités qu'on connaît bien comme la neurochirurgie et la chirurgie cardiaque sont des spécialités où il y a une espèce de gloire.

**Le sénateur Morin:** Le défi!

**Dr Boucher:** D'ailleurs ce sont les deux seules spécialités au Québec où il n'y a pas de plafond aux revenus. De sorte que du côté médical, il n'y a pas de problème. Le problème que je vois poindre à l'horizon et qu'on vit, si les gens continuent à un tel rythme, c'est qu'il n'y aura personne pour vouloir s'occuper des malades.

**Le sénateur Pépin:** Il n'y aura pas d'infirmières soignantes.

**Dr Boucher:** Non. On met de côté les infirmières auxiliaires. Les infirmières sont mal vues dans les hôpitaux par rapport à la bachelière. On recrute des bachelières.

**Le sénateur Pépin:** Comme infirmière soignante, je suis d'accord avec vous. C'est bien beau engager une bachelière, mais on a besoin d'infirmières soignantes pour être près des malades, et ceci est très important.

Quand on travaille dans une équipe, justement et que quelqu'un arrive, il n'a peut-être pas besoin nécessairement de voir un médecin, mais il peut voir une infirmière ou quelqu'un qui pourra le diriger vers la bonne personne. Cela sauverait du temps au médecin et aux patients. Je suis contente, en fait, de savoir qu'avec les médecins, il n'y aurait pas de problèmes. Mais on devine depuis quelque temps, en tout cas, une difficulté entre les infirmières auxiliaires, les infirmières bachelières, et caetera.

[Traduction]

**Le président:** Dernière question, sénateur Keon?

**Le sénateur Keon:** Docteur boucher, pour revenir aux forces du marché et pour examiner en particulier la situation concernant l'imagerie et les listes d'attente, vous avez des cliniques privées d'IRM au Québec et vous n'avez pas de cliniques privées de TEP au Québec. À votre avis, l'existence de cliniques privées d'IRM à Montréal et à Hull a-t-elle éliminé les listes d'attente pour les procédures d'IRM dans la province?



**Dr. Boucher:** I would not say that it has eliminated the waits, because there are so many people who are waiting, but still it helps. I am thinking here of the people who do not need any surgery, who do not need any specific treatment. Once that examination has been done, that investigation has been done, they feel more at ease, and they do not have to be on a waiting list. Thus, while it does not eliminate the list because the number of patients is ever increasing, it still helps. While I would feel that I would not open all the way for that kind of structure, but still I think it helps.

**Senator Keon:** Have you noticed a difference since the private MRI clinics opened up?

**Dr. Boucher:** The way it works now is that, for people who are not familiar with the system, if you want to have access to some sort of investigations, you have to be hospitalized, you have to stay in the ICU for a while, and there is then a priority for you coming from the hospital where you had the investigation done. Otherwise, if you are at home, they will not take care of you; you have to be hospitalized. Thus it is obvious that the person who stays in the hospital for that investigation, in the ICU, even though they do not have any kind of specific treatment, has better access. It does not cost a lot, but still, it is not very effective, over all.

**Senator Keon:** What has been your experience in sending a patient to Hamilton, for example, for a PET scan, as opposed to sending him to Syracuse?

**Dr. Boucher:** I did not work with Hamilton, but I tried with Sherbrooke, and it has been an awful experience; awful because I have sent three patients, and no patient has been investigated up till now. They have been waiting for about six or nine months, now.

**Senator Keon:** Yes.

[Translation]

**Dr. Boucher:** He asked what my experience was with patients.

**Senator Pépin:** Why?

**Dr. Boucher:** Why? Well, because there is no access.

[English]

**Dr. Boucher:** The other thing, too, is that, looking at the expenses related to those big devices, I do not know why they stop using them at 3:00 in the afternoon. I am very surprised to see that. I do not know why they do not use those devices 24 hours a day. How would Bombardier work if they had to stop working at 4:00 in the afternoon? I think they should be operating 24 hours. I would say the same thing for the operating rooms, because a patient who is waiting for a bed would be pleased to be operated on at midnight, and leave the hospital at 8:00 in the morning, instead of having to wait for nine months.

**Le Dr Boucher:** Je ne dirais pas que cela a éliminé les listes d'attente, parce qu'il y a tant de gens qui attendent, mais cela améliore quand même la situation. Je songe ici aux personnes qui n'ont pas besoin de chirurgie, qui n'ont pas besoin de traitement particulier. Une fois l'examen fait, elles se sentent plus à l'aise et n'ont pas à être inscrites sur une liste d'attente. Par conséquent, même si cela n'élimine pas la liste parce que le nombre de patients ne cessent d'augmenter, cela permet quand même d'améliorer la situation. Même si je ne suis pas entièrement réceptif à ce type de structure, il n'en reste pas moins que cela contribue à améliorer la situation.

**Le sénateur Keon:** Avez-vous constaté une différence depuis que les cliniques privées d'IRM ont ouvert leurs portes?

**Le Dr Boucher:** Selon la façon dont le système fonctionne à l'heure actuelle, pour ceux qui ne le connaissent pas bien, si vous voulez avoir accès à une forme quelconque d'investigation, il faut que vous soyez hospitalisé et que vous passiez un certain temps aux services de soins intensifs, et vous êtes alors inscrit sur une liste de priorité parce que vous avez subi une investigation à l'hôpital. Autrement, si vous êtes à la maison, on ne s'occupera pas de vous; il faut que vous soyez hospitalisé. Il est donc évident que la personne qui fait un séjour à l'hôpital pour y subir cette investigation, aux services de soins intensifs, même si elle ne subit pas une forme quelconque de traitement particulier, a un meilleur accès. Cela n'est pas très coûteux mais il n'en reste pas moins qu'en règle générale, ce n'est pas très efficace.

**Le sénateur Keon:** Quelle a été votre expérience pour ce qui est d'envoyer un patient à Hamilton, par exemple, pour un examen TEP au lieu de l'envoyer à Syracuse?

**Le Dr Boucher:** Je n'ai pas travaillé avec Hamilton, mais j'ai essayé Sherbrooke, et l'expérience a été affreuse; affreuse parce que j'ai envoyé trois patients et aucun patient n'a été examiné jusqu'à présent. Ils attendent maintenant depuis six ou neuf mois.

**Le sénateur Keon:** Oui.

[Français]

**Dr Boucher:** Il a demandé quelle était mon expérience avec les patients.

**Le sénateur Pépin:** Pourquoi?

**M.Boucher:** Pourquoi? Bien, parce qu'il n'y a pas d'accès.

[Traduction]

**Le Dr Boucher:** L'autre chose aussi c'est qu'en examinant les dépenses qu'occasionnent ces énormes machines, j'ignore pourquoi on cesse de les utiliser à 3 heures de l'après-midi. Je trouve cela très étonnant. J'ignore pourquoi on n'utilise pas ces machines 24 heures par jour. Comment Bombardier pourrait-il fonctionner s'il devait cesser le travail à 4 heures de l'après-midi? Je pense que ces machines devraient fonctionner 24 heures sur 24. Je dirais la même chose pour les salles d'opération parce qu'un patient qui attend un lit serait heureux d'être opéré à minuit et de pouvoir quitter l'hôpital à 8 heures le lendemain matin, au lieu d'avoir à attendre neuf mois.

I think it is obvious, looking at the expenses related to those large devices, we should be using them 24 hours a day, and seven days a week.

**Senator Keon:** I must say, since both of us are MDs, that the barrier to that is the medical profession. All of the other people are quite prepared to work around the clock.

**Dr. Boucher:** I think that we can work on that part. I would not say it will be easy, but we can do it.

**Senator Keon:** Professor Contandriopoulos, you mentioned that patients have nowhere to turn. I asked one of our previous witnesses, Mr. Castonguay, why the CLSC has not worked out in the way it should have, since it looked like such a great idea. As I analyzed his answer, he gave fundamentally two reasons: First, was they got derailed into an over-concentration on social services rather than on medicine, and second, that the medical profession would not cooperate with them.

I know personally of at least one CLSC that was embraced with open arms when it came about by the general practitioners in the area. They thought it was the greatest idea they had ever heard of because now they would not have to do social work, which they did not know how to do in the first place, but which was consuming large amounts of their time.

In any event, perhaps I could hear from you why this system has not worked out. Quite frankly, going back 25 years or so now, most of us thought this was the solution to the primary care piece, and it has not happened. Why has it not happened?

[Translation]

**Mr. Contandriopoulos:** The history of CLSCs is a good example, in that it started with a good idea, a promising innovation, but it was never fully carried out, never fully implemented. So CLSCs became a partially implemented innovation.

We could go back over the reasons for their partial implementation. They are basically the same as the reasons we just discussed for the conflicts among various groups of doctors, between doctors and nurses, and so on.

When Mr. Castonguay was Minister of Health and introduced CLSCs, do not forget that in his report, there was a very explicit recommendation that the way doctors were paid needed to be changed. Otherwise, it would be impossible to arrange adequate front-line care. These recommendations were made in 1970 in the Castonguay report, Volume IV, chapter 4. Nothing was done. Thirty years later, in Quebec, the Clair commission said the same thing: adequate front-line care cannot be arranged without a change in the way doctors are paid. A change is needed, or there will be no change.

À mon avis, il est évident, compte tenu des dépenses qu'il a fallu engager pour ces énormes appareils, que nous devrions les utiliser 24 heures par jour, sept jours par semaine.

**Le sénateur Keon:** Je dois dire, étant donné que nous sommes tous deux médecins, que c'est le corps médical qui y fait obstacle. Tous les autres membres du personnel sont tout à fait disposés à travailler 24 heures d'affilée.

**Le Dr Boucher:** Je crois que nous pouvons travailler là-dessus. Je ne dirai pas que ce sera facile, mais c'est possible.

**Le sénateur Keon:** Professeur Contandriopoulos, vous avez dit que les patients n'avaient personne vers qui se tourner. J'ai demandé à l'un de nos témoins précédents, M. Castonguay, pourquoi le CLSC n'avait pas fonctionné comme il aurait dû, étant donné que cela semblait être une excellente idée. Après avoir analysé sa réponse, j'ai constaté qu'il a présenté essentiellement deux raisons: premièrement, ils se sont trop concentrés sur les services sociaux aux dépens des services médicaux, et deuxièmement, le corps médical a refusé de coopérer avec eux.

Personnellement, je connais au moins un CLSC qui a été accueilli à bras ouverts par les médecins généralistes de la région lorsqu'il a été établi. Ces derniers estimaient que c'était là une idée géniale car ils ne seraient plus tenus dorénavant de faire du travail social, qu'ils ne savaient pas faire au départ, mais qui prenait énormément de leur temps.

Quoiqu'il en soit, vous pourriez peut-être me dire pourquoi ce système n'a pas fonctionné. Franchement, il y a 25 ans ou à peu près, la plupart d'entre nous pensions que c'était la solution aux problèmes des soins primaires, et cela n'a pas été le cas. Pourquoi?

[Français]

**M. Contandriopoulos:** L'histoire des CLSC est une histoire exemplaire dans le sens où on a eu une bonne idée, une innovation intéressante, mais qui n'a jamais été menée à bonne fin, qui n'a jamais été implantée complètement. Donc le CLSC est devenu une innovation implantée de façon incomplète.

Les raisons pour lesquelles elle a été implantée de façon incomplète, on pourrait y revenir. Elles sont très fondamentalement les mêmes que celles dont on parlait il y a un instant sur les conflits entre les différents groupes de médecins, entre les médecins et les infirmières, et ainsi de suite.

Au moment où M. Castonguay a été ministre de la santé et où il a introduit les CLSC, il faut se souvenir que dans son rapport, il y avait une recommandation tout à fait explicite qui disait que le mode de paiement des médecins devait être transformé. S'il n'y avait pas de transformation du mode de financement des médecins, il n'y aurait pas de possibilité d'organiser les soins adéquats de première ligne. Ces recommandations ont été faites en 1970 dans le rapport Castonguay, Tome IV, chapitre 4. Rien n'a été fait. Trente ans plus tard, au Québec, la commission Clair dit la même chose: il n'y aura pas une organisation adéquate des soins de première ligne s'il n'y a pas une transformation des modes de paiement des médecins. Il va falloir une transformation, sinon il n'y en aura pas.



Today, with the groups of family doctors or health centres in Ontario, there are the same problems. If there is no change in the way doctors are paid, there is no real hope of properly implementing the concept of front-line care as discussed.

The idea behind the Castonguay report was clear: its implementation was flawed. It was so flawed, mainly because of the way doctors were paid, that it was felt that the CLSCs were becoming essentially social organizations. The medical profession had in fact kept its distance from CLSCs. They were thus discredited over the years and remained on the fringe of the health care system.

Indeed, this proposal was never implemented. Today, we find the same proposal before us. The proposal Mr. Clair made in Quebec, and that of the other provinces, is more or less the same thing. But it will never become real unless, as you say in your report, the issue of how doctors are paid is squarely addressed.

If it goes through, physicians will be in a better position to participate in more interprofessional activities: it will be easier for them to find the time if they do not have to do the simple things which can be done by others. They will be able to apply their know-how to problems which are truly complex. We have to get other people to do much of the work still done by doctors. These other people can do this better, and at a lesser cost.

**Dr. Boucher:** Local community service centres (CLSCs) have a basic problem. There is much talk of innovation in Quebec. Let me repeat what I said a few minutes ago: in 1930, there were 1,100 local community service centres in the United States. You are aware of the reasons why these centres were successful south of the border. May I also remind you that in the Hochelaga-Maisonneuve area of Montreal, there was a local community service centre which went by a different name and which existed long before the centres were officially created.

It is easy to understand how they came about. It is easy for me to deal with a patient suffering from pneumonia. I do not need an entire team. If I realize that this patient also suffers from malnutrition and lives in an abusive family, and is an alcoholic, I know that a whole team is needed and that a local community service centre can play a role. Take the Roxbury neighbourhood in Boston, for instance. They have local community service centres because physicians cannot work on their own, they need a team.

The success of certain community centres in certain areas depends on the type of problems that are treated. If a centre, however, is not successful, it is simply because the patients who are referred to it do not need to be treated by that type of facility.

I just want to mention one thing regarding the way physicians are paid. I have just finished a week of being on call for 24 hours a day. Twenty-four hours a day! But I am only paid for the treatment I provide. I am not paid to be on call.

Aujourd'hui, avec les groupes de médecins de famille ou les centres de santé en Ontario, on a les mêmes problèmes. S'il n'y a pas de transformation des modes de paiement des médecins, il n'y aura pas de possibilité réelle d'implanter correctement le concept de soins de première ligne dont on parlait.

L'idée du rapport Castonguay était claire: son implantation a été imparfaite. Elle a été à un tel point imparfaite, principalement à cause des formes de paiement des médecins, qu'on a cru que les CLSC devenaient essentiellement des organismes sociaux. Effectivement, le médical n'avait pas investi les CLSC. On les a donc discrédités au fil des années et ils sont restés marginaux par rapport au système de soins.

On a effectivement une proposition qui n'a jamais été implantée. Aujourd'hui, on revient avec la même proposition. Cette proposition de M. Clair au Québec et dans les autres provinces, c'est la même chose à peu près. Elle ne prendra corps réellement que si, comme vous le dites dans votre rapport, on aborde de front cette dimension du financement qui porte sur le paiement des médecins.

Les médecins participeront d'autant plus à des activités interprofessionnelles, seront d'autant plus prêts à trouver ce temps rare, s'ils cessent de poser des actes pour des choses suffisamment simples que d'autres peuvent faire. Ils concentreront leur expertise sur ce qui est réellement la complexité de l'adaptation des connaissances à des cas difficiles. Il faut dégager le médecin d'une série d'activités que d'autres peuvent faire à sa place, finalement mieux et probablement à un meilleur coût.

**Dr Boucher:** Les CLSC vivent un problème de base. On parle d'innovation au Québec. Je vous rappelle ce que je vous ai dit il y a quelques minutes: aux États-Unis, il y avait des CLSC en 1930, il y en avait 1 100. Vous vous rappelez les raisons pour lesquelles vous retrouvez des CLSC aux États-Unis et le succès qu'ils ont connu. Je vous rappellerai qu'à Montréal, dans Hochelaga-Maisonneuve, il y avait un CLSC qui n'avait pas le nom de CLSC et qui existait bien avant qu'on parle de CLSC.

Les raisons sont simples. Quand je rencontre quelqu'un qui souffre d'une pneumonie, c'est facile. Je n'ai pas besoin de toute une équipe. Si je me rends compte qu'il y a un problème de malnutrition, un problème de violence familiale, d'alcoolisme, je sais qu'on a besoin d'une équipe et qu'un CLSC s'impose. Quand vous regardez une ville comme Boston, dans le quartier Roxbury, par exemple, vous allez retrouver des CLSC parce qu'il n'y a pas de médecins qui peuvent travailler seuls, ils ont besoin d'une équipe.

Les raisons qui expliquent le succès de CLSC dans certaines régions sont inhérentes aux types de problèmes auxquels vous avez affaire. Pour ce qui est des CLSC qui n'ont pas de succès, c'est simplement que la population qu'on veut diriger vers ces endroits n'en ressent pas le besoin.

Je vous avise d'une chose quant à la question de la rémunération de médecins. Je viens de finir une semaine de garde, 24 heures par jour, pendant une semaine en ligne. Vingt-quatre heures par jour! Je ne suis rémunéré que pour les actes que je pose. Quand je suis de garde, je ne suis pas payé.

If you want to change the way doctors are paid, this is one area which must be addressed. Doctors will want to be paid for being on call. The same principle applies to the tax lawyer you have asked to be available on the weekend while you fill out your income tax form. On Monday, the tax lawyer will bill you for being on call.

The existence of local community service centres also explains to a certain degree the different type of doctors who work there. When residents finish their residency, they make a choice. Some of them want to work for community centres, knowing that the work hours are not as long, they do not have to be on call as much nor do they have to work in emergency. So, from the outset, they choose to work in a local community service centre.

There was a study which was published about 5 or 7 years ago which revealed that a regular appointment in a local community service centre — which does not include treatment for malnutrition or violence, for instance — cost about \$65, whereas an appointment in a general clinic cost \$12. The service provided was the same in both places for a patient suffering from pneumonia — I am tempted to say this is a routine appointment — but in any case, treating a regular case of pneumonia does not necessitate an entire infrastructure.

Local community service centres which are used well and in the right place for patients who need them will work. The way physicians are paid will not be an issue. Doctors working in these centres will know what to expect. That is how I see it.

As for the increase in the number of polyclinics allegedly generated by the creation of CLSCs that Mr. Castonguay referred to earlier, I will point out that polyclinics were not built because CLSCs were created. It is because hospitals have become places where specialists work. Hospitals have become places where it is difficult for doctors to practice. Doctors spontaneously started opening clinics at their own expense. That is what happened in a number of cases.

**Mr. Contandriopoulos:** The Quebec Federation of General Practitioners nevertheless issued an official directive to set up polyclinics opposite CLSCs in 1970. Mr. Castonguay experienced that while he was minister.

[English]

**The Chairman:** May I thank both of you for coming? We really appreciate your taking the time to be with us. Thank you.

Senators, just so you know the schedule, we have one more panel before lunch. We will then take our full hour and the final witness this afternoon has been cancelled so we still will finish at 5 p.m., in any event.

Senators, our next panel is Nancy Hughes Anthony, the President and CEO of the Canadian Chamber of Commerce, and Gilles Taillon, the President of the Conseil du Patronat.

Si vous dites que vous allez changer le mode de rémunération, je vous avise que cela ne sera pas long. Les gens vont demander d'être rémunérés en tenant compte des heures de garde effectués. De la même manière, si vous demandez à votre avocat fiscaliste d'être disponible pendant que vous faites votre rapport d'impôt durant la fin de semaine, le lundi, vous allez recevoir un compte pour sa disponibilité.

Dans les CLSC, un autre élément explique jusqu'à un certain point la différence de médecins. Un choix s'est opéré parmi les résidents quand ils ont terminé. Certains d'entre eux préféraient aller travailler dans des CLSC, sachant les heures de travail, la disponibilité moins grande pour eux et qu'ils n'étaient pas obligés de faire des heures à l'urgence, alors ils choisissaient d'aller dans un CLSC au départ.

Je vous rappellerai une étude faite et publiée il y a environ 5 ou 7 ans dans laquelle on disait qu'une visite ordinaire dans un CLSC, je ne vous parle pas d'une visite pour un problème de malnutrition ou de violence, coûtait autour de 65.00 \$ alors qu'une visite dans une polyclinique coûtait 12.00 \$. Le service était le même si on tient compte qu'une personne qui souffre d'une pneumonie, je n'ose pas dire le mot banal, mais en tout cas, d'une pneumonie ordinaire n'a pas nécessairement besoin de toute une infrastructure.

Si les CLSC sont utilisés à bon escient et au bon endroit, pour des populations qui en ont besoin, ils vont connaître des succès. Les gens ne tiendront pas compte à ce moment du mode de rémunération. Les médecins qui vont y travailler sauront à quoi s'attendre. C'est ainsi que je le vois.

Quant à la multiplication des polycliniques qui aurait été générée par la création des CLSC à laquelle référerait M. Castonguay au préalable, je vous dirai que ce n'est pas en raison de la création des CLSC si des polycliniques se sont construites. C'est dû au fait que les hôpitaux sont devenus des endroits où travaillent les spécialistes. Ils sont devenus des endroits où un médecin peut difficilement pratiquer. Les médecins, spontanément, ont commencé à ouvrir des cliniques à leurs frais. C'est ce qui est arrivé dans bon nombre de cas.

**M. Contandriopoulos:** Il y a eu quand même une directive officielle de la FMOQ de créer des polycliniques en face des CLSC en 1970. M. Castonguay a vécu cet épisode en tant que ministre.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie tous les deux d'avoir pris le temps de venir nous rencontrer. Nous vous en sommes très reconnaissants. Merci.

Sénateurs, il nous reste encore un groupe à entendre avant le déjeuner. Nous prendrons ensuite une heure complète et la comparution du dernier témoin cet après-midi a été annulée de sorte que nous terminerons quand même à 17 heures.

Nous allons donc entendre Nancy Hughes Anthony, président et chef de la direction de la Chambre de commerce du Canada et Gilles Taillon, président du Conseil du patronat.



Dr. Boucher, thank you for coming. I understand now exactly why Senator Morin recommended you.

First, let me apologize to the witnesses for our being late. As you may have heard, we started off with Claude Castonguay and Claude Forget, and it was very difficult to deal, in any reasonable amount of time, with two former ministers of Health who have written as much on the subject as they have.

Thank you both for being here. Mrs. Anthony, can I ask you to begin, and then I'll turn to Mr. Taillon?

**Ms Nancy Hughes Anthony, President and CEO, Canadian Chamber of Commerce:** I would like to mention to the committee that I am also accompanied here today by my colleague Michael Murphy, who is the Senior Vice-President of Policy for the Canadian Chamber of Commerce. We are very pleased to come before the Senate committee today to present the views of the Canadian Chamber of Commerce on the health care system.

As I am sure many of you know, the Canadian Chamber of Commerce is Canada's largest, most representative business association. We represent more than 170,000 members from every industry and from every region across the country, and I would say I am sure that each one of them is a health care consumer. Many of them obviously work in a volunteer capacity, perhaps, with the health care system in their communities.

[Translation]

Thirty years ago, Canada set up a universal and comprehensive public medical insurance plan. This health care system was, and I reiterate "was", in the past, a source of pride for many Canadians.

The Canadian Chamber of Commerce feels that the time has come to reform the health care system by recognizing its main challenge. The health care system in Canada is facing a crisis. As members of this committee, you must be well aware of that fact.

In our opinion, the situation can only get worse if difficult decisions are not made immediately. Therefore, the Canadian Chamber of Commerce is presenting a number of recommendations designed to ensure that the health care system in Canada is better prepared to rise to the challenges of the future.

[English]

I believe, Mr. Chair, that you do have our brief. That has been distributed to the members of your Committee in English and French, and I will not repeat that brief, I will hit just some of the highlights of that brief.

Before getting into some of the specific recommendations, it is important to understand two fundamental issues, and I think that is the reason why we are here before you today as a national business organization. The first is the importance of the health care sector to the Canadian business community. To put it simply, a world class health care system matters very much to Canadian

Docteur Boucher, merci d'être venu nous rencontrer, je comprends maintenant exactement pourquoi le sénateur Morin vous a recommandé.

Tout d'abord, je m'excuse auprès des témoins de notre retard. Comme on vous l'a peut-être dit, au début de la séance nous avons entendu Claude Castonguay et Claude Forget et il aurait été très difficile de ne pas consacrer le temps voulu à l'audition de deux anciens ministres de la Santé qui ont beaucoup écrit sur la question.

Je vous remercie donc tous deux d'être ici. Madame Anthony, puis-je vous demander de commencer, ensuite je donnerai la parole à M. Taillon?

**Mme Nancy Hughes Anthony, présidente-directrice générale, Chambre de commerce du Canada:** Je voudrais mentionner au comité que je suis accompagnée aujourd'hui de mon collègue Michael Murphy qui est le vice-président principal, Politique, de la Chambre de commerce du Canada. Nous sommes très heureux de venir rencontrer le comité sénatorial aujourd'hui afin de présenter le point de vue de la Chambre de commerce du Canada sur le régime de soins de santé.

Comme vous le savez j'en suis certaine, la Chambre de commerce du Canada est la principale association de gens d'affaires au Canada, la plus représentative. Nous représentons plus de 170 000 membres de tous les secteurs et de toutes les régions du pays et je peux affirmer que tous nos membres sont des consommateurs de soins de santé. Naturellement, bon nombre d'entre eux travaillent peut-être à titre de bénévole dans le régime de soins de santé de leurs collectivités.

[Français]

Il y a 30 ans, le Canada a mené à bien la création d'un système d'assurance-maladie public, universel et intégral. Ce système de santé était, je souligne «était», dans le passé, une source de fierté pour bien des Canadiens.

La Chambre de commerce du Canada croit qu'il faut dès maintenant amorcer la réforme du système de santé en reconnaissant son principal enjeu. Le système de santé du Canada est confronté à une crise. Comme membres de ce comité, vous êtes bien conscients de ce fait.

À notre avis, la situation ne peut que s'aggraver si des décisions difficiles ne sont pas prises immédiatement. À cet égard, la Chambre de commerce du Canada présente un nombre de recommandations destinées à assurer que le système de santé du Canada est mieux préparé à relever les défis de l'avenir.

[Traduction]

Je crois, monsieur le président, que vous avez reçu notre mémoire. Il a été distribué aux membres de votre comité en anglais et en français. Je n'ai pas l'intention de le lire, mais je vous en donnerai tout simplement les grandes lignes.

Avant d'aborder certaines des recommandations précises que nous y faisons, il est important de comprendre deux questions fondamentales, et je pense que c'est la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui à titre d'association nationale de chefs d'entreprises. La première est l'importance du secteur des soins de santé pour le milieu des affaires canadien. Simplement dit, un

business. I think this is true from the point of view of the financial investment of the private sector in Canadian health care, as evidenced by the growing percentage of health care funding, now estimated at around 30 per cent, coming from private and not public sources.

The second issue is the importance of the health care sector to Canadian competitiveness, and I do not think we need to go into the large body of work regarding the key elements required to ensure that Canada is a competitive country. However, there is a need to stress the importance of that sector for a high level of quality of life and for maintaining our standard of living. An investment in health care can, and does, increase quality of life, and ultimately economic growth.

Much has been written about the most important piece of national legislation in the health care debate, the Canada Health Act. The core values expressed in the act through its five major principles, which you know very well, have been cornerstones in the development of our health care system. The Canadian Chamber of Commerce believes that meaningful progress on reforming health care will only take place if the debate needed to arrive at the best possible solutions includes a review of the five principles and, in particular, the principle of public administration.

We applaud the committee; we commend you for your openness and for your willingness to take on what some people consider to be rather difficult topics, including a discussion of these five principles. There are, indeed, some who do not even want to discuss these five principles, and we find this completely unacceptable. It flies in the face of the reality that 30 per cent, as I mentioned, of our expenditures on health care is funded by sources other than the public purse. This fact alone demands a serious review of the public administration principle.

Equally important, however, is the necessity to place the restrictions caused by this principle — some say the handcuffs — before the decision makers so that a full assessment of its impact can be made. We cannot shy away from dealing with these tough questions.

In the Canadian Chamber's view the real issue at the heart of this debate is not just money; the real issues include a need for creativity in our thinking. Regardless of the need to find a source of additional funding, whether it be provincial governments, or health care institutions, or practitioners, the reality is that we spend a great deal of money already on the health care system. It is not acceptable at this stage, in our view, to continually argue for more spending without a thorough analysis of the value received for the expenditures made.

The Canadian Chamber is not in a position to question the merits of specific requests for more funding, and I am sure this committee is hearing a lot of requests for more money, more funding. What we are in a position to do is to propose two fundamental notions to guide your discussion: The first is the requirement to ensure that efficiency considerations are given a high place in the determination of funding decisions; the second is

régime de soins de santé de classe mondiale est très important pour les gens d'affaires du Canada. Je pense que cela est vrai du point de vue de l'investissement financier du secteur privé dans les soins de santé canadiens, comme le montre le pourcentage croissant de financement des soins de santé, évalué à l'heure actuelle environ 30 p. 100, provenant du secteur privé et non du trésor public.

La deuxième question est l'importance du secteur des soins de santé pour la compétitivité canadienne, et je ne pense pas qu'il soit nécessaire de parler de tous les éléments clé nécessaires pour assurer que le Canada est un pays concurrentiel. Cependant, il est nécessaire de souligner l'importance de ce secteur si nous voulons avoir une qualité de vie de haut niveau et maintenir notre niveau de vie. Un investissement dans les soins de santé peut améliorer et améliorer effectivement la qualité de vie et ultimement, la croissance économique.

La principale mesure législative nationale dans le débat sur le système de santé, la Loi canadienne sur la santé, a fait couler beaucoup d'encre. Les valeurs de base énoncées dans la loi sous forme de cinq grands principes, que vous connaissez fort bien, furent les pierres angulaires de l'établissement de notre système de santé. La Chambre de commerce du Canada estime que la réforme du système de santé canadien ne prendra place que si le débat en vue de trouver les meilleures solutions possibles comporte un examen des cinq principes et, en particulier, du principe de l'administration publique.

Nous félicitons le comité, en particulier pour son ouverture et sa volonté de s'attaquer à ce que certains considèrent comme des sujets plutôt arides, y compris une discussion de ces cinq principes. Il y a en effet des gens qui ne veulent même pas discuter de ces cinq principes et nous trouvons cela tout à fait inacceptable. Cela contredit la réalité, à savoir, comme je l'ai dit, que 30 p. 100 des dépenses de santé sont financées par des sources autres que le trésor public. C'est pourquoi il faut sérieusement repenser le principe de l'administration publique.

Cependant, il est tout aussi important de rendre les décideurs conscients des contraintes qu'impose ce principe — certains parlent de menottes — pour faciliter une évaluation complète de ces répercussions. Nous ne pouvons éluder les questions difficiles.

Selon la Chambre de commerce du Canada, le débat n'est pas axé uniquement sur l'argent. Les véritables enjeux consistent à faire preuve de pensée créative. Nonobstant la nécessité de trouver des fonds additionnels, qu'il s'agisse des gouvernements provinciaux, des établissements de santé ou des praticiens, il reste que nous dépensons déjà beaucoup d'argent pour le système de soins de santé. Il n'est pas acceptable à ce stade-ci de réclamer sans cesse des injections de fonds sans entreprendre une analyse approfondie de la valeur obtenue en contrepartie des dépenses.

La Chambre de commerce du Canada n'est pas en mesure d'évaluer le mérite des demandes de financement additionnel, et je suis persuadée que votre comité entend une foule de demandes de fonds additionnels. Nous pouvons cependant proposer deux notions fondamentales pour orienter votre discussion. Premièrement, il faut faire en sorte que les questions d'efficacité jouent un rôle important dans les décisions de financement. Deuxièmement,



to instill accountability into the system. Efficiency and accountability for funds spent with a clear focus on patient outcomes must be on the table.

The Canadian Chamber of Commerce believes that any decisions regarding an increased level of spending on health care can only be made after a comprehensive and thorough review of the health care system, including its structure and its funding. More specifically, you will see that our brief calls for the principle of efficiency to be instilled into the Canada Health Care Act with the objective being to attain excellence in health care.

[Translation]

Moreover, the Canadian Chamber of Commerce is calling for a renewed partnership between governments at the federal, provincial and territorial levels, to make the system accountable and to equip the Canada Health Act with an "accountability" principle.

[English]

The Canadian Chamber is concerned about the lack of accountability in the current health care system. In fact, if there are no financial consequences to poor performance as far as federal funding is concerned, how are we, collectively, to improve the system for the betterment of all of the users? The Canadian Chamber argues that the development of consistent national measures to guide decision makers is very critical. They must be implemented. We also feel that business representatives should be added to the list of those to be consulted by governments. Currently, as you know, that list includes health care subject experts, health care professionals, and individual Canadians. We think that the business community has some good suggestions to bring to the table. While there is a need for public governance, for public policy direction and for public standards for health care, that should not preclude private sector involvement, and the key there, Mr. Chair, is accountability.

I will conclude on that note, Mr. Chair. We feel that the key challenges are efficiency, accountability, and a serious look at the public administration principle of the Canada Health Care Act. The health care system is in crisis; it is broken, as you have indicated in your reports, and in our view we can no longer just muddle along with Band-aid solutions.

We are happy to answer any questions the committee may have.

**Mr. Gilles Taillon, President, Conseil du Patronat du Québec:** It is a pleasure for the CPQ to be heard by your committee.

[Translation]

I want to provide some clarification, you will see this in our brief, on certain points of view raised in your report, and then I want to cover some of the reforms that we have already submitted to the Clair Commission that sat in Quebec. These proposals are

il faut instaurer l'obligation redditionnelle dans le système. L'efficacité et l'obligation de rendre compte des fonds dépensés, clairement axées sur les résultats pour les patients, doivent être soumises à la discussion.

La Chambre de commerce du Canada croit qu'avant de prendre des décisions concernant l'augmentation des niveaux de dépenses de santé il faut absolument effectuer un examen exhaustif et complet du système de santé au Canada, y compris sa structure et son financement. Plus précisément, vous constaterez dans notre mémoire que nous préconisons qu'on inscrive le principe de l'efficacité dans la Loi canadienne sur la santé et ce, dans le but d'atteindre l'excellence dans le secteur des soins de santé.

[Français]

En plus, la Chambre de commerce du Canada invoque un partenariat renouvelé entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, pour rendre le système responsable et doter la Loi canadienne sur la santé du principe de l'obligation «redditionnelle».

[Traduction]

La Chambre de commerce du Canada s'inquiète de ce que le système de soins de santé ne prévoit actuellement aucune obligation redditionnelle. En fait, si un piètre rendement n'entraîne aucune retombée financière sur le plan du financement fédéral comment pouvons-nous espérer améliorer collectivement le système au profit de tous les usagers? La Chambre fait valoir également que l'élaboration de mesures nationales homogènes pour guider les décideurs sera également vitale. Ces mesures doivent être mises en oeuvre. Enfin, nous préconisons que les représentants des entreprises canadiennes figurent sur la liste des personnes consultées par les gouvernements. Cette liste comprend maintenant, comme vous le savez, des experts en santé, des professionnels de la santé et des particuliers. Nous estimons que le monde des affaires a de bonnes idées à proposer. Bien que la gouvernance publique, ainsi que les politiques et les normes publiques en matière de santé soient nécessaires, elles ne doivent pas obvier à la participation du secteur privé, et monsieur le président, l'obligation redditionnelle est la clé.

Je vais terminer sur cette note, monsieur le président. Nous sommes d'avis que la viabilité, l'obligation redditionnelle et un examen sérieux du principe de l'administration publique de la Loi canadienne sur la santé sont les principaux enjeux. Le système de soins de santé est en crise; il est en mauvais état, comme vous l'avez mentionné dans vos rapports, et selon nous, on ne peut plus s'en tirer avec du rafistolage constant.

Nous serons heureux de répondre aux questions des membres du comité.

**M. Gilles Taillon, président, Conseil du patronat du Québec:** Nous sommes heureux que votre comité ait bien voulu nous entendre à titre de représentant du CPQ.

[Français]

Je vais apporter quelques clarifications, vous allez le voir à partir de notre mémoire, sur certains points de vue qui sont abordés dans votre rapport, et ensuite vous faire état de certaines réformes que nous avons déjà fait connaître à la commission Clair

still current, even though the Commission's recommendations were not implemented.

I will not go back over what Ms. Anthony said regarding businesses in Quebec, regarding business people. The performance of the health care system is a priority. We must have an impeccable health care system in terms of efficiency and effectiveness, with reasonable costs, in an economic context that increasingly relies on human resources. It is important for workers in this field to be in good health.

First of all, we pointed out that with respect to the Canada Health Act, and you address this in your report, the notion of public administration, the fifth most important criterion in enforcing the act, must be clarified. It is our opinion that some people often misinterpret the act which bans privately-managed health care systems. We feel that this is not what the act is advocating. We urge you, in your final report, to clarify for both levels of government how the Canada Health Act is to be interpreted.

The Conseil du patronat strongly believes that it is not advisable to call into question public financing of the health care system. Moreover, with a publicly funded system, it should not be ruled out, it should even be desirable for the private sector or the public sector, depending on each one's ability to provide the best possible service, to manage the health care system to ensure that it is as effective as possible.

We want a publicly funded system, without user fees, and without any new taxes, necessarily. Recent newspaper reports have been talking about a tax on the elderly. We will come back to that later. We want to see a complete overhaul of the management system, without any new taxes.

As for federal government funding, contrary to what the provincial premiers made known during the Victoria conference, we do not think we should come back to the funding situation that existed in 1994-95. The reason is simple. The Canada social transfer, at the time, was funded in good part with borrowed money. We do not wish to come back to a situation that would increase the public debt.

We think there are probably possibilities in the next federal budget to review present agreements. We must absolutely not go back to the prior situation, which, in our opinion, would be irresponsible.

Fundamentally, we would hope to see both orders of government agreeing on a formula that would allow the provinces, who are responsible for managing the health system, to be able to count on annual growth of the federal health transfer that would be known to them in advance.

We think, at this stage, and this is the third element we are looking at, that the health system can only benefit from shared management. We think, because of the complexity of the problems in the system, that two governments are better than one in this area at the present time.

qui a siégé au Québec. Ces propositions sont toujours d'actualité, même si la commission n'a pas vu ses recommandations mises en oeuvre.

Je ne reprendrai pas ce que Mme Anthony vous signalait pour les entreprises du Québec, pour les gens d'affaires. La performance du système de santé est une priorité. On doit avoir un système de santé impeccable en termes d'efficacité, d'efficience, donc à des coûts raisonnables, tout cela dans une économie qui table de plus en plus sur les ressources humaines. Il est important que ces dernières soient en bonne santé.

Dans un premier temps, nous signalons que par rapport à la Loi canadienne sur la santé, vous en parlez dans votre rapport, il est important que soit clarifiée toute la notion d'administration publique, cinquième critère important de l'application de la loi. Nous estimons que souvent certaines gens interprètent incorrectement la loi qui interdit une gestion privée du système de santé. Nous pensons que ce n'est pas ce que la législation préconise. Nous vous prions instamment, dans votre rapport final, de bien clarifier aux deux ordres de gouvernement l'interprétation qu'il faut donner à la Loi canadienne sur la santé.

Le Conseil du patronat croit fondamentalement qu'il n'est pas opportun de remettre en cause le financement public du système de santé. Par ailleurs, dans un cadre de financement public, il n'est pas interdit, il devrait même être souhaitable que la gestion du système de santé puisse, en fonction d'une meilleure efficacité, être gérée par le secteur privé ou par le secteur public, dépendamment de la capacité de chacun de ces paliers à offrir le meilleur service.

Nous voulons un financement public, sans ticket modérateur, sans nécessairement de nouvelles taxes. On a vu dans les journaux récemment que l'on parle d'une taxe sur la vieillesse. Nous allons y venir tantôt. Nous souhaitons une refonte complète du système de gestion, sans nouvelle taxe.

Quant au financement provenant du gouvernement fédéral, nous ne pensons pas que, contrairement à ce que les premiers ministres provinciaux ont fait connaître lors de la conférence de Victoria, qu'il faille revenir au financement qui correspondait à la situation de 1994-1995. La raison en est fort simple. Le transfert social canadien à cette époque était en bonne partie financé avec de l'argent emprunté. Nous ne souhaitons pas revenir à une situation qui alourdirait la dette publique.

Nous pensons qu'il y a sans doute des possibilités dans le prochain budget fédéral de revoir les ententes actuelles. On ne doit surtout pas revenir à une situation *ante*, qui est, à notre avis, irresponsable.

Nous souhaitons fondamentalement que les deux ordres de gouvernement puissent s'entendre sur une formule qui permettrait d'assurer aux provinces, qui ont la responsabilité de l'administration de la santé, une croissance annuelle connue à l'avance, a priori, du transfert fédéral en matière de santé.

Nous pensons à ce stade, troisième élément que nous abordons, que le système de santé a tout à gagner à une gestion partagée de ce dossier. Nous pensons, compte tenu de la complexité des problèmes du système, que deux gouvernements valent mieux qu'un dans ce domaine actuellement.



We also think that if there is no agreement possible, if there is not enough maturity to allow for a concertation between the two orders of government, federal and provincial, that we would doubtless have to think about a clear separation of responsibilities and powers. At that point, we would probably have to think of transferring tax points as an alternative.

I do not want to get into this discussion, but we gave you an excerpt of our proposals to the Séguin Commission on fiscal imbalance. We analyzed what the tax point transfer might be for Quebec. We are telling you that that is not our first recommendation. We would prefer agreement between both levels. If ever this did not happen, if they could not agree, then we would have to think about defined responsibilities for both orders of government. At that point, of course, the provincial governments will take on full responsibility for managing the health care system.

Concretely, here are our main suggestions to review and ensure that the health care system is really an efficient system. These are the recommendations we made to the Clair Commission. They are still fully valid. In our opinion, of course, they concern the provincial governments first and foremost because they are the ones responsible for the system. They also concern the analysis of the total reform of the Canadian health system.

We think that each patient — and you will find these proposals on page 6 of our brief — should have a centralized computerized clinical file. Each patient should be able to show up with a health insurance card containing all the essential information on the patient's health.

We suggest setting up multidisciplinary teams practising in private or public clinics, and that that choice be left to the professionals and human resources working in those clinics. This would be an open, base organization accessible to patients 24 hours a day.

The family doctor is at the heart of the system and is the team co-ordinator. In our recommendations to the Clair Commission, we went further than that simple statement. We said that the team should have more responsibilities, that the nurses should be entrusted with more of the major tasks. To have a system of clinician nurses, you could emphasize the job of auxiliary nurse which is a profession that is disappearing in Quebec. The doctor would have to work with a team with broader responsibilities in that clinic he is coordinating.

The essential and most important recommendation, if we want this system to see the light of day, has to do with changing the funding of establishments and the funding of human resources working in those establishments. We propose financing on a per capita basis. Our objective is for the money to follow the patient. It is in the best interest of the basic medical team to ensure the best quality of service and see to it that the health services are in

Nous opinons par ailleurs que s'il n'y a pas possibilité d'entente, s'il n'y a pas une maturité qui permette à ce qu'il y ait de la concertation entre les ordres de gouvernement, fédéral et provincial, qu'il faudra sans doute songer à une séparation claire des responsabilités des pouvoirs. À ce moment, il faudra penser possiblement à un transfert de point d'impôt comme solution de rechange.

Nous vous avons remis, je ne veux pas aborder ce sujet, un extrait de nos propositions à la commission Séguin sur le déséquilibre fiscal. Nous faisons une analyse de ce que pourrait être le transfert de point d'impôt pour le Québec. Nous vous disons que ce n'est pas la solution première que nous recommandons. Nous préférons qu'il y ait entente entre les deux ordres. Si jamais cela échouait, si on est incapable de s'entendre, il faudra sans doute songer à une responsabilité tranchée des deux ordres de gouvernement. À ce moment, bien sûr, les gouvernements provinciaux assumeront la totale responsabilité du dossier de la gestion du dossier de la santé.

Concrètement, voici nos principales propositions pour revoir et assurer que le système de santé soit véritablement un système efficace. Ce sont des recommandations que nous avons faites à la commission Clair. Elles gardent toute leur actualité. À notre avis, bien sûr, elles concernent davantage les gouvernements provinciaux puisque ce sont eux qui ont la responsabilité du système. Elles touchent aussi l'analyse je dirais de la réforme globale du système de santé canadien.

Nous pensons que chaque patient — et vous retrouverez ces propositions en page 6 de notre mémoire — devrait posséder un dossier clinique informatisé, centralisé. Chaque patient devrait pouvoir se présenter avec une carte d'assurance-maladie qui contient les renseignements essentiels sur sa santé.

Nous préconisons la constitution d'équipes multidisciplinaires, qui pratiquent en clinique privée ou publique, au choix des professionnels et des ressources humaines qui oeuvreront dans ces cliniques. Ce serait une organisation de base ouverte, accessible 24 heures par jour aux patients.

Le médecin de famille est au coeur de ce système, il est coordonnateur de l'équipe. Dans nos recommandations à la commission Clair, nous allions plus loin que cette petite phrase. Nous disions que l'équipe devrait être davantage responsabilisée, qu'on devrait davantage confier les tâches importantes aux infirmières. Pour avoir un système d'infirmières cliniciennes, on pourrait revaloriser la tâche des infirmières auxiliaires, une profession qui est en train de disparaître au Québec. Il faudrait que le médecin oeuvre avec une équipe beaucoup plus responsable, aux responsabilités élargies, à l'intérieur de cette clinique dont il est le coordonnateur.

La recommandation essentielle, la plus importante, si on veut que ce système se réalise, vise le changement du financement des établissements et du financement des ressources humaines qui oeuvrent dans ces établissements. Nous proposons un financement sur une base de capitation. Notre objectif est que l'argent suive le patient. L'équipe médicale de base a tout intérêt à assurer la meilleure qualité de soins, à faire en sorte que l'état sanitaire soit

the best position to manage the health of our fellow citizens at the lowest cost.

The clinics and the institutions, the major hospitals, absolutely have to have a free hand with managing human, financial and material resources. We favour radical change in the organization of services in each one of the institutions: put an end to wall-to-wall collective agreements, iron-clad agreements, policies that mean you lose all kinds of time managing rather than dispensing care. This is what that recommendation implies.

The basic clinics are the ones who buy the services from the specialized institutions. All the funding goes to the basic clinics and those clinics are the ones buying the specialized services. The system is still publicly funded. The system is funded by the government. The management and the production activities needed to deliver the medical services remain possible. Contracting out is favoured. With per capita funding, the internal market system should develop. That should be the basic criterion to determine what is private and what is public in the organization and management of the service. Of course, we are in favour of efficiency and economy. Those are our main recommendations and I am ready to answer your questions.

[English]

**The Chairman:** May I say thank you to both of you. Before turning to questions from the members of the committee, may I just ask both of you a question that would be sort of putting your two ideas together?

Ms Hughes Anthony, in your paper you talked about the difficulty, or maybe even the impossibility, of reforming the behaviour of health care recipients. Mr. Taillon talks about having money follow the patient. It seems to me that what you are proposing, if I put all of it together, is essentially separating the payer function from the provider function: that there would be a single payer, which is the government, and that the money would follow the patient, not just as Mr. Taillon suggested for primary care but for everything.

In other words, if some doctor did a hip replacement and the hospital got paid for that hip replacement, they would be paid by the government. However, they would get paid for the hip replacement, as opposed to the current structure where hospitals are given a global budget, and, frankly, cannot even tell you what it costs to do a hip replacement. Is that a fair conclusion, that you would favour that separation?

**Ms Hughes Anthony:** Yes, I would say, obviously. When we are looking at this at a national level —

**The Chairman:** Of course.

**Ms Hughes Anthony:** — there are many ideas emerging all across the country. We touched on some of those in the latter part of our paper here. Certainly, the idea of medical savings accounts, some kind of capitation, these sorts of ideas have been debated and have been suggested by some of the members of our

le meilleur pour gérer, à moindres coûts, la santé de nos concitoyens.

Il faut absolument que les cliniques et les établissements, donc les grands hôpitaux, disposent d'une autonomie de gestion en matière à la fois de gestion de ressources humaines, financières et matérielles. Nous préconisons un changement radical de l'organisation des services, dans chacun des établissements: fini les conventions collectives mur à mur, les conventions blindées, les politiques qui font en sorte qu'on perde énormément de temps dans l'administration plutôt que de donner des soins. Cette recommandation le sous-entend.

Ce sont les cliniques de base qui achètent les services auprès des établissements spécialisés. Tout le financement s'en va aux cliniques de base et ce sont ces cliniques qui achètent les services spécialisés. Le système demeure financé publiquement. Ce système est financé par le gouvernement. La gestion et la production pour livrer les services médicaux demeurent possibles. L'impartition est privilégiée. Le système de marché interne avec la capitation devrait se développer. Ce devrait être le critère de base pour déterminer ce qui est privé et ce qui est public dans l'organisation et l'administration du service. Bien sûr, nous privilégions l'efficacité et l'économie. Voilà nos principales recommandations et je suis ouvert à vos questions.

[Traduction]

**Le président:** Je tiens à vous remercier tous les deux. Avant de passer aux questions des membres du comité, puis-je vous poser à tous deux une question afin d'établir un lien entre les deux idées que vous avez proposées?

Madame Hughes Anthony, vous parlez dans votre mémoire de la difficulté, ou peut-être même de l'impossibilité, de modifier le comportement des consommateurs de services de santé. M. Taillon dit que l'argent doit suivre le patient. Il me semble que ce que vous proposez, si j'ai bien compris, c'est essentiellement de séparer la fonction payeur de la fonction fournisseur de services: il y aurait un payeur unique, à savoir le gouvernement, et l'argent suivrait le patient, pas seulement en ce qui concerne les soins primaires, comme le suggérerait M. Taillon, mais en ce qui concerne tous les soins.

En d'autres termes, si un médecin posait une prothèse de la hanche, c'est le gouvernement qui le paierait et qui paierait l'hôpital pour cette intervention. Cependant, les deux seraient payés pour la pose de cette prothèse de la hanche, tandis qu'en vertu de la structure actuelle, les hôpitaux reçoivent un budget global, et ils ne peuvent même pas vous dire combien coûte la pose d'une prothèse de la hanche. Est-il juste de conclure que vous êtes en faveur de cette séparation?

**Mme Hughes Anthony:** En effet, je dirais que c'est bien cela. Lorsque nous examinons la question à l'échelle nationale...

**Le président:** Évidemment.

**Mme Hughes Anthony:** ... on entend toutes sortes d'idées dans les diverses régions du pays. Nous en avons mentionné certaines dans la dernière partie de notre mémoire. Il est certain que des membres de certaines de nos chambres de commerce ont discuté de l'idée des comptes d'épargne pour les soins médicaux, d'une



chambers, but I do think the one that you raised is an important distinction.

Mr. Murphy, did you have any more feedback on that?

**Mr. Michael N. Murphy, Senior Vice-President, Policy, Canadian Chamber of Commerce:** No. I would simply add that I would agree with your fundamental premise, but also, it is important from the business perspective, which is the one that we have tried to bring here to your attention — and I will use the term “behaviour modification” very carefully, but if you look at both sides, we clearly have come out on the side of focusing on the delivery of services as the way to start this process in terms of looking for efficiencies there. That is very much the bias that we have on the table at this time.

[Translation]

**Mr. Taillon:** I think your conclusion is the proper one; I would say that we would like to change the behaviour of those offering the services. The objective, of course, is still to have people in good health. Exchanges will take place between the medical team and the patient and these exchanges mean that everyone's interest is that the patient's health be the best possible. The objective is to change behaviour and we think that the change in behaviour will flow from a change in the funding system.

[English]

**The Chairman:** Your goal is, as you put it between the two of you, to focus on changing the behaviour of providers rather than patients?

**Mr. Taillon:** Yes.

**Ms Hughes Anthony:** Yes.

**Senator Robertson:** You have given us a lot to think about, and I look forward to taking time to read your documents, because we have just received them and it is somewhat difficult to relate to the issues there.

I just have a simple question: I see, Ms Anthony, that you are looking at a review of the act and the principles. However, I would point out to both of you, if the recommendations that you make regarding efficiency and accountability and all of these nice things, if they do not provide the funds required to run the system, which seems to be the case now with the long waiting lines and the scarcity of professionals, and so forth, then there is a crisis. You ask the people in the street, and they recognize a crisis. If you get into the system then you are not so crisis-prone, shall we say, because you have got there, and when you get there the treatment is not bad. However, the problem is getting into the system, which creates all sorts of other problems.

sorte de capitation, et d'autres idées de cette nature et qu'ils en ont proposées, mais je pense que l'idée que vous avez soulevée présente une distinction importante.

Monsieur Murphy, avez-vous entendu des réactions à ce sujet?

**M. Michael N. Murphy, vice-président principal, Politique, Chambre de commerce du Canada:** Non. J'ajouterais simplement que j'accepte votre postulat fondamental, mais j'estime qu'il est également important du point de vue des entreprises, et c'est de ce point de vue que nous avons essayé de vous faire part — et j'utiliserais l'expression «modification de comportement» avec beaucoup de précautions, mais quand on considère les deux côtés, et nous avons manifestement mis l'accent sur la question de la prestation des services comme point de départ de ce processus pour arriver à une plus grande efficience. C'est très certainement le point de vue que nous présentons pour l'instant.

[Français]

**M. Taillon:** Je pense que votre conclusion est juste; je vous dirais que nous souhaitons modifier le comportement de ceux qui offrent les services. L'objectif, bien sûr, demeure que les gens soient en bonne santé. Il y aura entre l'équipe médicale et le patient des échanges qui vont faire en sorte que tout le monde a intérêt à ce que la santé soit la meilleure pour le patient. L'objectif est de changer le comportement et on pense que le changement de comportement va venir par un changement du système de financement.

[Traduction]

**Le président:** Votre objectif, si je combine les suggestions que vous avez faites tous les deux, est de chercher à modifier le comportement de ceux qui assurent les services plutôt que celui des patients?

**M. Taillon:** En effet.

**Mme Hughes Anthony:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Vous nous avez donné beaucoup de matière à réflexion, et j'ai hâte de prendre le temps de lire vos mémoires, car nous venons tous juste de les recevoir et il est un peu difficile de saisir tout cela rapidement.

J'ai seulement une question bien simple à poser. Je vois, madame Anthony, que vous voulez un examen de la loi et des principes sur lesquelles elle repose. Cependant, je vous signale à tous les deux que si les recommandations que vous faites au sujet de l'efficience et de l'obligation redditionnelle et toutes ces belles choses, si tout cela n'apporte pas les fonds nécessaires au système de soins de santé, ce qui semble être le cas actuellement, comme on le voit avec les longues listes d'attente et la rareté des professionnels, par exemple, alors il y a une crise. Si vous posez la question aux Canadiens moyens, ils reconnaissent qu'il y a une crise. Quelqu'un qui reçoit des soins n'est pas aussi prêt à dire qu'il y a une crise, dirons-nous, parce qu'il est parvenu à obtenir des soins, et que les traitements ne sont pas mauvais. Cependant, le problème consiste à obtenir son tour, ce qui crée toutes sorte d'autres difficultés.

If, for instance, all of these efficiencies, accountabilities, et cetera, that you have all mentioned, do not provide sufficient funding to resolve some of the problems, because I really think you have to have funds; god knows what the level of funding is at this point, because the system seems to be breaking down; but if there is not enough money, and you need to get some more money, where will you get it from? Will you get it through taxation? Will you tax the individual? Through the system that we have now, will the government collect more taxes and designate, or will you ask the patient to provide something or other?

If that happens, then what about choices for the patient who provides more money? I understand where you are coming from, but I do not know what happens when the system breaks down. We have heard from so many witnesses, and there is a real debate going on as to whether we can secure sufficient funding through tightening up the administration and delivering more effectively. There is a real question mark over that particular point of view. I would like to know where we go from there if it does not work.

**Ms Hughes Anthony:** How do we know whether we have sufficient funding? I think this is a dilemma, and I am sure there are points of crisis that people are pointing out to you. However, as a country, we do spend a lot of money on health care, and I guess the question I would hope your committee could focus on is that the base amount of money currently being spent cannot go unquestioned. What I mean is that we all have anecdotes of inefficiencies that we, or our families, have experienced in the system. We can go chapter and verse about the sort of problems we have all experienced. As Mr. Taillon suggested, why do we not have a Smart Card so that we can get into the hospital environment and, zoom, we are through; we do not have to go via 17 people with clipboards. There is all kinds of information that our system is not set up with the right incentives to make it efficient.

I would hope that your committee would be very much trying to ascertain that, and not necessarily focusing on the fact that, at the moment, everybody needs a whole lot more money. I know our members would agree that surely we can make the system more efficient and find some more sort of funding within the system as a starting point, and then we might have some basis upon which we can ascertain what the right amount of money is. At the moment, we have absolutely none.

**Senator Robertson:** I do not disagree with you. Some of us do feel that there is sufficient money in the system if it were used properly, and some of these efficiencies took place. However, the other point of view, always is, "What do we do if that does not happen?"

**Ms Hughes Anthony:** Yes.

[Translation]

**Mr. Taillon:** Senator Robertson, I would say, first of all, that we think there is enough money in the system. We favour reorganization rather than adding any, putting more in. We have to

Si, par exemple, tout ce que vous avez mentionné, efficience, obligation redditionnelle, et cetera, n'apporte pas suffisamment de fonds pour résoudre certains des problèmes, parce que je pense vraiment qu'il faut des fonds additionnels; j'ignore quel est le niveau de financement à l'heure actuelle, mais le système semble s'effondrer: s'il n'y a pas suffisamment d'argent et qu'il en faut davantage, d'où proviendra-t-il? Viendra-t-il des impôts? Imposerez-vous les particuliers? Le gouvernement percevra-t-il plus d'impôts spécifiquement destinés au système de soins de santé, ou demanderez-vous aux patients de payer quelque chose?

Si c'est ce qu'on fait, quels choix aura le patient qui paiera davantage? Je comprends votre point de vue, mais je me demande ce qui se passe quand le système s'effondre. Nous avons entendu tellement de témoins, car il y a un véritable débat là-dessus, se demander s'il est possible d'engendrer suffisamment de fonds grâce à un resserrement de l'administration et à une prestation plus efficace des services. On se pose véritablement la question. J'aimerais savoir ce que nous ferons si la tentative échoue.

**Mme Hughes Anthony:** Comment savoir si les fonds sont suffisants? Je pense que c'est un dilemme et je suis persuadée que des gens vous ont signalé des cas où se manifeste la crise. Cependant, notre pays consacre beaucoup d'argent aux soins de santé et j'espère que votre comité confirmera que le montant de base actuellement consacré à la santé ne peut pas ne pas être mis en question. Je veux dire que nous avons tous entendu parler de l'inefficacité du système dont des membres de notre famille ou nous-mêmes avons été témoins. Nous pouvons tous parler en long et en large de toutes sortes de problèmes auxquels nous avons tous fait face. Comme M. Taillon l'a suggéré, pourquoi ne pas remettre à chacun une carte à puces qui nous permettrait d'obtenir immédiatement des services dès qu'on arrive à un hôpital, au lieu d'avoir à passer par 17 personnes munies d'une planchette à pince. Il y a toutes sortes d'indices qui révèlent que notre système n'est pas doté des stimulants propices à le rendre efficace.

J'espère que votre comité s'efforcera de vérifier tout cela, au lieu de mettre l'accent sur le fait qu'à l'heure actuelle, tout le monde a besoin de beaucoup plus d'argent. Je sais que nos membres sont d'avis qu'on peut certainement rendre le système plus efficace et commencer par trouver d'autres sources de financement à l'intérieur du système, pour qu'on ait alors une base à partir de laquelle on pourra déterminer combien d'argent il faut. Pour le moment, on ne fait rien de cela.

**Le sénateur Robertson:** Je ne suis pas en désaccord avec vous. Certains d'entre nous pensent effectivement qu'il y a suffisamment d'argent dans le système, si on l'utilise à bon escient, et si l'on parvient à en accroître l'efficacité. Cependant, il faut quand même toujours se demander ce qu'on fera si cela ne se produit pas.

**Mme Hughes Anthony:** En effet.

[Français]

**M. Taillon:** Je vous dirais, sénateur Robertson, dans un premier temps, que nous pensons qu'il y a suffisamment d'argent dans le système. Nous préconisons, plutôt que d'en rajouter, d'en mettre à



fundamentally review the organization of services and their funding.

If ever that failed, we could think of doing something else like having a user fee or an old age health fund or home care. Before doing that, we would absolutely have to review the foundations of the system, its organization. But if we do not do that, we will add money in and we will have settled nothing, we will still have waiting lists, we will still have overflowing hospitals and emergency services. That work has to be done. It takes political courage to do it, but we think it has to be done.

[English]

**Senator Robertson:** Actually, then, it is a two step process —

**Mr. Taillon:** Absolutely.

**Senator Robertson:** — that we are looking at. Thank you for that.

[Translation]

**Senator Morin:** A year ago, the President of the Royal Bank made a speech that made quite an impact. He explained how privileged Canadian employers were to have the Canadian health system as compared to American employers, who have to support the health insurance system for their employees.

For instance, to any car built in the USA, you have to add \$800 in health insurance costs whereas that is not the case in Canada. A major factor in our large volume of exports to the USA is the weakness of the Canadian dollar and our public health care system.

Employers are really privileged. All Canadian taxpayers subsidize employers to a certain point if you compare them to American employers.

Now, whether we like it or not, health care costs are increasing by 5 per cent a year and that is true just about anywhere in the world, whatever the system may be. It goes from 3 to 7 per cent; in the USA, it increases even faster. We have to look at the cost of technology, our aging population, the cost of drugs. Any time you introduce a new drug for a new disease, the cost goes up and it has nothing to do with the drug's effectiveness. You have to pay for the drugs and that is the factor that is increasing the most in our health care distribution system. Either we do not pay for them or we pay later.

I do not think it is terribly clear that by changing a bit of history you can reduce costs.

There were some witnesses, Mr. Mazankowsky out West, for one, who suggested, based on a study on health care costs for employers in the USA, considering a special tax for health care distribution that would be supported by employers. I would like your opinion on that.

nouveau. Il faut revoir fondamentalement l'organisation des services et son financement.

Si jamais cela échouait, on pourrait songer à d'autres modalités, du style ticket modérateur ou d'une caisse pour la santé pour les vieux jours, des soins à domicile. Avant de faire cela, il faut absolument revoir les fondements du système, l'organisation du système. Mais si on le fait pas, on va ajouter de l'argent et on n'aura rien réglé, on va avoir encore des listes d'attente, on va avoir encore des hôpitaux et des urgences bondés. Il faut faire ce travail. Cela prend le courage politique pour le faire, mais nous pensions qu'il faut le faire.

[Traduction]

**Le sénateur Robertson:** De fait, il y a un processus en deux étapes...

**M. Taillon:** C'est bien cela.

**Le sénateur Robertson:** ... que nous examinons. Je vous en remercie.

[Français]

**Le sénateur Morin:** Il y a un an, le président de la Banque Royale a fait un discours qui a eu beaucoup d'échos. Il a expliqué jusqu'à quel point les employeurs canadiens étaient privilégiés d'avoir le système de soins canadiens, par rapport aux employeurs américains qui doivent supporter le poids des assurances santé de leurs employés.

On dit par exemple qu'une auto qui est fabriquée aux États-Unis coûte 800 \$ pour les assurances du système de soins, alors que ce n'est pas le cas au Canada. Une partie importante du fait qu'on puisse tellement exporter aux États-Unis, provient de la faiblesse du dollar canadien et qu'on n'a pas à assumer les soins de santé.

Les employeurs se trouvent vraiment privilégiés. L'ensemble des payeurs de taxes canadiens subventionnent jusqu'à un certain point, les employeurs, si on les compare aux employeurs américains.

Maintenant, qu'on le veuille ou non, les coûts de santé augmentent de 5 p. 100 par année et c'est à peu près vrai à travers le monde, quel que soit le système. Cela va de 3 à 7 p. 100; aux États-Unis ils augmentent encore davantage. Il faut envisager le coût de la technologie, le vieillissement de la population, le coût des médicaments. À chaque fois qu'on introduit un nouveau médicament pour une nouvelle maladie, le coût augmente et il n'a rien à voir avec son efficacité. Les médicaments, il faut les payer, c'est le facteur qui augmente le plus dans notre système de distribution de soins. Ou bien on les paie pas, ou bien on les paye plus tard.

Penser qu'en changeant un peu l'histoire, on peut réduire les coûts, ne m'apparaît pas une chose absolument évidente.

On a eu certains témoins, dont M. Mazankowsky dans l'Ouest, qui a suggéré, suite à une étude faite du coût des employeurs aux États-Unis pour les soins de santé, d'envisager une taxe spéciale pour le système de distribution de soins qui serait supporté par les employeurs. J'aimerais avoir votre opinion là-dessus.

**Mr. Taillon:** First, we share Mr. Cleighorn's analysis which is that we have a system in Canada that we must preserve. We do not want a system based on the American model. That is why our recommendation is to maintain public funding.

We think that if the dynamics of the services offered were changed, drugs, for example, could become a cheaper way of treatment that costs less — despite the increase in cost — than certain hospital stays or surgical procedures. So optimization of the best medical tool can be found but the present system does not allow this.

That is our reaction to your question, Senator Morin.

**Ms Anthony:** If I may, I would like to add a few comments. There was a sort of myth, that might have been true, according to which our health care system represented an extraordinary advantage for the business sector. I would say that this argument is becoming less and less convincing as the years go by.

As I pointed out, there is an increasing percentage contributed by the private sector to global health care in the sense that employers are paying contributions for their employees' health care programs.

[English]

**Ms Hughes Anthony:** The private sector is taking an increasingly larger piece of the pie. In addition, because of the current difficult situation with the health care system, experienced particularly in some areas of the country in finding a family physician, difficulties in communities where there just isn't a specialist in X, or Y, or Z, lineups for surgical procedures, what we are finding is, in terms of recruitment, particularly at the higher executive level in Canada, the people are having to go that extra mile and add on bells and whistles in order to get a professional to come into Canada, let us say from the United States. People are looking for some assurance that they can go and get health care treatment in private clinics, or go south of the border, or something, if they need it, and they expect their employers to pay.

This is, I think, a further indication of the fact that there is a crisis in this health care system. It is not recognized any more as the pearl and the advantage, in a business sense, that it once was.

**The Chairman:** Monsieur Taillon?

[Translation]

**Mr. Taillon:** Something else perhaps, Senator Morin, is that we should not think that corporations do not pay taxes to fund part of the health care system. The health care system is funded, of course, through personal income taxes, but also through corporate income tax, business taxes, and in Quebec we have a specific payroll tax for health care. If you set aside personal income taxes, you could say that we fund, at least in part, the health care system and that is why we are interested in its optimum performance.

**M. Taillon:** D'abord, nous partageons l'analyse de M. Cleighorn selon laquelle nous avons un système au Canada qu'il faut préserver. Nous ne souhaitons pas un système basé sur le modèle américain. De là vient notre recommandation de maintenir un financement public.

Nous pensons que si on modifie la dynamique de l'offre des services, par exemple, les médicaments pourraient devenir un mode de traitement qui coûte moins cher — malgré l'augmentation des coûts — que certaines hospitalisations ou certaines chirurgies. Donc il y a une optimisation du meilleur outil médical à trouver, ce que le système actuel ne permet pas.

Voilà un peu comment nous réagissons face à votre question, sénateur Morin.

**Mme Anthony:** Si je peux ajouter quelques commentaires. Il y avait une espèce de mythe qui était peut-être vrai dans le temps où notre système de soins de santé était un avantage extraordinaire pour le monde des affaires. Je dirais que de nos jours, cela devient de moins en moins convaincant comme argument.

Nous avons, comme je l'ai signalé, un pourcentage croissant de contribution du secteur privé dans les soins de santé globaux, dans le sens que les employeurs paient des frais de contribution pour les programmes de santé de leurs employés.

[Traduction]

**Mme Hughes Anthony:** Le secteur privé assume une part de plus en plus importante. En outre, étant donné les difficultés difficiles actuelles que connaît le système de soins de santé, en particulier dans certaines régions du pays où il est difficile de trouver un médecin de famille, et dans les endroits où il n'y a tout simplement pas de spécialistes dans certaines disciplines, en plus des listes d'attente pour des interventions chirurgicales, nous constatons que pour recruter des gens, en particulier aux échelons supérieurs de l'administration au Canada, il faut faire de gros efforts et offrir une foule d'avantages pour obtenir qu'un professionnel vienne au Canada, s'il se trouve aux États-Unis par exemple. Les gens veulent être assurés qu'ils pourront aller se faire traiter dans des cliniques privées ou aller chez nos voisins du sud, par exemple, en cas de besoin, et ils s'attendent à ce que leurs employeurs paient la note.

Voilà, je crois, une preuve de plus que le système de soins de santé traverse une crise. Il n'est plus considéré aujourd'hui comme le joyau et l'avantage qu'il représentait, du point de vue des affaires.

**Le président:** Monsieur Taillon?

[Français]

**M. Taillon:** Un ajout peut-être, sénateur Morin, il ne faudrait pas penser non plus laisser entendre que les corporations ne paient pas d'impôt pour financer une partie du système de santé. Le système de santé est financé, bien sûr, par l'impôt des particuliers, mais aussi par l'impôt corporatif, l'impôt aux entreprises et au Québec, nous avons une taxe spécifique sur la masse salariale pour les soins de santé. On pourrait prétendre que si on oublie l'impôt sur le revenu des particuliers, on finance en partie à tout le moins de système de santé, d'où notre intérêt à qu'il soit performant.



**Ms Anthony:** I would like to emphasize that the idea raised by Mr. Mazankowsky, of paying even more taxes for a health care system where you do not have an exact idea of its value, the investment of all the costs, in my opinion, would not be very well received.

**Senator Morin:** I did not expect you to support it.

[English]

**The Chairman:** I think you struck a chord.

[Translation]

**Mr. Taillon:** Mr. Chairman, could we put the question, what do the senators think of all this?

[English]

**Senator Keon:** First of all, I agree with virtually everything both of you have had to say, but I intend to play the devil's advocate and see what I can learn from you.

My socialist friends in America say that the fundamental difference lies in the fact that they are spending 14 per cent of GDP and we are spending 8.5 per cent, and the 5 per cent spread can be virtually all explained in overhead: that 30 per cent that it costs them to send all of their bills from all of the payers, and the profits. To illustrate this, they point to some of the health management organizations that have gone from a \$90-million company to a \$25-billion company in five years. And the list goes on.

The bottom line is that probably, in balance, our systems are about the same. There is no question that you can get deluxe care in America that you cannot get in Canada; on the other hand, the life expectancy of a black man born in the Bronx is no better than that of a citizen born in the third world. Thus neither system is perfect, and I am loathe to compare the Canadian and American systems. I just feel that it is always a superficial comparison, and we must look at the global picture rather than just those two.

What I am doing is to focus on what some people say that, that businessmen are not that smart after all; that they will not pull a lot of profit; that they will not pull a lot of efficiencies out of what we are doing in the health care system in Canada. How would you like to handle that ugly question?

**Mr. Murphy:** Senator, you have asked a lot there. I am not sure I disagree with the fundamental premise of your remarks, and I do not think you will see in any of our references any kind of indication that we have a preference for someone else's system versus taking a good hard look at our own.

I just wanted to raise the subject of how business people approach a problem such as this. That is how we come at a lot of these issues. When you are forced to look for efficiencies all the time in running your business — and our members are faced with this reality constantly — you look at the tools that are available to you. One of those tools that we have taken advantage of more and more is bench-marking. I think it has increased productivity and

**Mme Anthony:** Je voudrais souligner que l'idée soulevée par M. Mazankowsky de payer encore plus des impôts pour un système de santé où on a aucune idée exacte de sa valeur, de l'investissement de tous les coûts actuels, à mon avis, ne serait pas très bien reçue.

**Le sénateur Morin:** Je ne m'attendais pas à ce que vous l'appuyiez.

[Traduction]

**Le président:** Je crois que vous avez touché une corde sensible.

[Français]

**M. Taillon:** On ne peut pas, monsieur le président, poser la question: qu'en pensent les sénateurs?

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** D'abord, je suis d'accord avec pratiquement tout ce que vous avez dit, mais je vais me faire l'avocat du diable pour essayer d'en apprendre davantage.

Mes amis socialistes aux États-Unis affirment que la différence fondamentale tient au fait qu'ils dépensent 14 p. 100 du PIB, tandis que nous en dépensons 8.5 p. 100. L'écart de 5 p. 100 est imputable presque intégralement aux frais généraux: il s'agit des 30 p. 100 qu'il leur en coûte pour acheminer toutes leurs factures de tous les usagers, et les bénéficiers. Pour étoffer cette affirmation, ils citent le cas de certaines des organisations de soins de santé intégrées qui ont vu leurs valeurs passer de 90 millions de dollars à 25 milliards de dollars en cinq ans. Et la liste est longue.

À tout prendre, nos systèmes sont sensiblement équivalents. Sans aucun doute, il est possible d'obtenir des soins de la plus grande qualité aux États-Unis, soins qu'il n'est pas possible de recevoir au Canada; en revanche, l'espérance de vie d'un homme noir né dans le Bronx ne dépasse pas celle d'un citoyen du tiers monde. Ainsi, on constate que ni l'un ni l'autre des systèmes n'est parfait, et je déteste comparer les systèmes canadien et américain. Je crois que la comparaison demeure toujours superficielle, et qu'il nous faut plutôt étudier le tableau général, et non s'en tenir à ces deux systèmes.

Je veux concentrer mon attention sur ce que disent certains, que les gens d'affaires ne sont pas si futés que ça; qu'ils n'arriveront pas à générer de larges profits; qu'ils ne réussiront pas à réaliser des économies importantes au moyen des pratiques actuelles en vigueur dans le système de soins de santé canadien. Comment répondez-vous à cette épineuse question?

**M. Murphy:** Sénateur, vous en demandez beaucoup. Je ne suis pas en désaccord avec votre hypothèse de base, et je crois que vous ne verrez pas, dans notre documentation, de préférence pour un autre système que le nôtre; nous préférons nous pencher sérieusement sur celui que nous avons.

Je voulais tout simplement aborder la façon dont les hommes d'affaires abordent ce problème. C'est le point de vue que nous adoptons bien souvent pour ces questions. Lorsque, dans la gestion d'une entreprise, on est contraint de rechercher constamment les moyens d'économiser — et c'est la réalité pour tous nos membres —, on examine les outils à notre disposition. L'un des outils que nous utilisons de plus en plus est l'analyse

efficiency within the firm, which also leads to more wealth creation in the economy and a higher standard of living, and that creates benefits and choices for all of us within the economy.

Thus when you start looking at how you will undertake a challenge such as this, one of the concepts is bench-marking. In other words, we take a hard look at how we do what we do, what it is essential to do, and then we try to decide what are the best practices done elsewhere. 'Elsewhere' could be firms with which you are competing. In our case, we could apply this direct scenario to others who engage in the provision of these kinds of services, and those others could be domestic, they could be across our border in the U.S., or they could be in Europe, or elsewhere. Lots of people have good ideas on how to do things and there are best practices, and there are acknowledged best practices in this sector as there are in others. I think there is an opportunity here to take a good hard look at the whole situation and take advantage of what might come out of that process. That is kind of where I come out of that.

**Ms Hughes Anthony:** Just to add to Mr. Murphy's remarks, and I am sure this point has been raised, the maximizing of technology is one of the issues that seems to come up fairly frequently in our members' minds. I am sure there are issues that have been raised by some witnesses before you about how much technology you can use, how much you can knit together our very fractious system through the use of technology, and I would just wonder if that has been a theme with your witnesses here around this table.

**The Chairman:** Just to comment — yes, it has been, and you saw a very good example of it in the exchange between Dr. Boucher and I guess it was Senator Pépin, when Dr. Boucher said "They shut the machine down at 15:00 in the afternoon, so I have patients waiting for nine months". It does not take a genius to say that, since you have made the capital investment, there is something wrong with that system. By the way, it is not unique to Quebec.

What we have heard is a lot of comments about capital investment being made in equipment, and then equipment not being operated full-time. By "full-time" I mean if not 24/7, then at least 18 hours a day, or something like that.

Monsieur Taillon, go ahead.

[Translation]

**Mr. Taillon:** I think it is important, and I share Senator Kirby's opinion, to see what is done better elsewhere and find the most interesting ways of adapting that to our own reality. I do not think we can copy existing models as such. We absolutely need a combination that blends the best of private contribution and public contribution. Each one of those sectors could go ahead and give its best performance and use complementary means. I think that is the objective. If there are any profits after that, all the better, we prefer businesses that make profits. We prefer them to businesses who generate losses and fire people.

comparative. Je crois que cette méthode a donné lieu à une productivité et une efficacité accrues au sein de l'entreprise, ce qui accroît de la création de richesse dans l'économie et le niveau de vie, et crée en outre des retombées positives et de nouveaux choix pour tous les agents économiques.

Ainsi, lorsqu'on aborde un tel défi, l'un des concepts à retenir est celui de l'analyse comparative. En d'autres mots, nous étudions sérieusement nos méthodes, nous déterminons les initiatives à prendre et puis nous essayons d'identifier les pratiques exemplaires qui ont cours ailleurs. Quand j'ai dit ailleurs, cela peut signifier les entreprises concurrentes. Dans notre cas, nous pourrions appliquer cette méthode directe aux autres entreprises dispensant les mêmes genres de services que nous, et ces entreprises pourraient exercer leurs activités au Canada, aux États-Unis, en Europe ou ailleurs. Il y a beaucoup de bonnes méthodes qui circulent et il y a des pratiques qui sont reconnues comme étant des pratiques exemplaires dans le domaine. Je crois que nous avons ici l'occasion d'envisager sérieusement sur la situation dans son ensemble et de tirer le meilleur parti de nos conclusions. Voilà en quelque sorte ma conclusion.

**Mme Hughes Anthony:** Pour revenir aux remarques de M. Murphy, et bien que la question ait certainement déjà été soulevée, l'exploitation maximale de la technologie semble une préoccupation assez constante chez nos membres. Je suis sûre que d'autres témoins ont aussi abordé la question de savoir dans quelle mesure on peut recourir à la technologie et dans quelle mesure cette dernière peut unifier notre système assez fragmenté. J'aimerais donc savoir si les autres témoins que vous avez entendus en ont parlé comme d'un souci constant.

**Le président:** Oui, c'est ce qu'ils ont fait, et on en a d'ailleurs vu un très bon exemple dans l'échange entre le Dr Boucher et le sénateur Pépin, je crois. Le Dr Boucher a alors dit: «ils arrêtent l'appareil à 15 heures, ce qui signifie que certains de mes malades doivent attendre neuf mois». Nul besoin d'être un génie pour se rendre compte que quelque chose ne tourne pas rond lorsqu'on a investi des capitaux dans le système. Soit dit en passant, cela ne se passe pas uniquement au Québec.

Les témoins nous ont aussi souvent dit qu'on a investi des capitaux dans l'achat de matériel et qu'ensuite on ne s'en est pas servi à plein temps. Par «plein temps», j'entends une utilisation des appareils pendant au moins 18 heures par jour, si ce n'est 24 heures par jour, sept jours par semaine.

Monsieur Taillon, allez-y.

[Français]

**M. Taillon:** Je pense qu'il est important, je partage l'opinion du sénateur Kirby, d'aller voir ce qui se fait le mieux ailleurs et de trouver les formules plus intéressantes pour les adapter à notre réalité. Je ne pense pas qu'on puisse copier comme tel des modèles existants. Il faut absolument une combinaison qui soit la meilleure possible d'une contribution privée et d'une contribution publique. Chacun des secteurs y va de ses meilleures performances et utilise des moyens complémentaires. Je pense que c'est l'objectif visé. S'il y a des profits par la suite, tant mieux, nous aimons mieux les entreprises qui font des profits. On les préfère à



**Senator Pépin:** You partially answered the first question. The second question, Mr. Taillon, pertains to the recommendations you made and with which a lot of us agree, I think. You are saying, in fact, that service should be accessible 24 hours a day. I think we have to look at that very seriously. In making your recommendation, you say that the institutions have a great deal of independence in the management of human, material and financial resources under present funding arrangements. That means restructuring staff through the unions.

**Mr. Taillon:** We are quite aware that this recommendation is daring. Our colleagues on the other side, as we usually call them, are not always in agreement with that. But we think that if we want a service that offers quality care, we must not maintain rigid work organization. So human resources management must be decentralized and referred to the lowest level, where the service is actually dispensed, and that is essential.

Negotiations can be possible between systems X and Y. We have to have the courage to set up those systems. Otherwise, just the same as if we do not set up capitation as the preferred funding system, we will not be able to reform our health care system. You will probably get another mandate in a few years to come back and see us to discuss how to settle the problem of lack of funds.

**Senator Pépin:** So I have understood you clearly; thank you.  
[English]

**The Chairman:** May I thank all of you for coming here today. We appreciate your taking the time to be with us.

Senators, we will adjourn until 1:45.

The committee suspended its proceedings.  
[English]

The meeting resumed.

**The Chairman:** First, I apologize to our witnesses for being late. We ran about 45 minutes late this morning because we started with Claude Castonguay and Claude Forget, and it was difficult to wind up the discussion in the length of time we had, so I appreciate your tolerance.

Senators, our two witnesses this afternoon are, first, Jean-Luc Migué, who is chairman of the scientific council at the Montreal Economic Institute, but also a senior fellow with the Fraser Institute in Vancouver; and second, Dr. Lee Soderstrom from the Department of Economics at McGill.

Can I ask each of you to take a few minutes, not to read your brief, but to hit the highlights of it, and then we will turn to

des entreprises qui font des pertes et qui congédient des personnes.

**Le sénateur Pépin:** Vous avez répondu un peu à la première question. La deuxième question, monsieur Taillon, c'est lorsqu'on regarde les recommandations que vous avez faites et avec lesquelles je pense plusieurs d'entre nous sommes d'accord. Vous dites, en fait, que les services devraient être accessibles 24 heures par jour. Je pense qu'il faut y songer très sérieusement. Lorsque vous faites une recommandation, vous dites que les établissements disposent d'une grande autonomie en matière de gestion de ressources humaines, matérielles et financières, suivant le financement établi. Cela signifie une restructuration du personnel par le biais des syndicats.

**M. Taillon:** Mais nous sommes conscients que cette recommandation est audacieuse. Nos collègues d'en face, comme on a l'habitude de les appeler, ne sont pas toujours d'accord avec cela. Mais on pense que si on veut avoir un service qui offre des soins de qualité, on ne doit pas maintenir une organisation rigide du travail. Il faut donc confier, décentraliser la gestion des ressources humaines au plus bas palier, celui où s'effectue, où se donne le service et c'est essentiel.

Il peut y avoir une négociation possible entre des systèmes X et Y. Il faut avoir le courage de mettre en vigueur ces systèmes. Sinon, autant que si on ne met pas la capitation comme système de financement en vigueur, on n'aura pas de réforme dans nos systèmes de santé. Vous aurez probablement un autre mandat dans quelques années pour revenir nous voir, savoir comment on règle le problème du manque d'argent.

**Le sénateur Pépin:** Alors, j'ai très bien compris, merci.  
[Traduction]

**Le président:** Je tiens à remercier tous nos témoins d'être venus témoigner aujourd'hui. Nous vous sommes reconnaissants de nous avoir consacré de votre temps.

Mesdames et messieurs les sénateurs, nous allons suspendre nos travaux jusqu'à 13 h 45.

La séance est suspendue.  
[Traduction]

La séance reprend.

**Le président:** Tout d'abord, je voudrais m'excuser auprès des témoins pour notre retard. Nous avons pris près de 45 minutes de retard ce matin parce que nous avons commencé nos audiences avec Claude Castonguay et Claude Forget, et qu'il nous a été difficile de clore la discussion en respectant le temps qui nous était alloué, aussi je vous remercie de votre patience.

Chers collègues, les deux témoins que nous entendrons cet après-midi sont, premièrement, M. Jean-Luc Migué, qui est président du Conseil scientifique de l'Institut Économique de Montréal, et également Senior Fellow du Fraser Institute de Vancouver; et deuxièmement, M. Lee Soderstrom du département d'économie de l'université McGill.

Puis-je demander à chacun d'entre vous, non pas de lire son exposé, mais plutôt de nous en donner les faits saillants, et nous

questions. Again, please accept my apologies for the fact that we did not run the ship on time this morning.

[Translation]

**Mr. Jean-Luc Migué:** Mr. Chairman, I have entitled my presentation "Returning to Basic Principles in Health Care Services" because, for some time now, the public debate seems to be surrounded by some kind of mythology which has led to the current regrettable — if not appalling — situation in health care services. I want to return to the basic principles to dispel these myths surrounding the public debate.

To begin with, I take it for an established fact that the current health care conditions are disastrous. This can be measured by the long waiting lines, unequal access to services, lack of access to modern technologies, or the shortage of professionals. Conditions are appalling. Illusions have created a certain number of myths. The first one that comes to my mind is the belief that, under our free system, it is the patient who is sovereign, who makes his own decisions, and that the system adapts to the needs and preferences of the population. Nothing could be more removed from reality than this myth. It is rather the political and bureaucratic system that determines the allocation of resources, the system's capacity, the number of hospitals, the number of hospital rooms, and the number of doctors. Ten years ago, we judged it excessive; for the past few years, we have been judging it insufficient.

This is a system in which it is forbidden for an individual like you and I to contract, for a diagnosis, with private providers to get a diagnosis, to get quality services, and even to add insurance that would guarantee the quality of these services.

The second myth that characterizes our system and the debate around it is that equal access, consistent access to services is an ideal. Consequently, the advent of a dual private/public system such as the parallel system has become a kind of threat, while in reality, economic theory and experience show that the coexistence of two systems increases the capacity of the system and enables everyone, whether they stay in the public system or access private services, to better meet their preferences and needs.

This way of depicting the dual system as a two-tier system, this perception — by the opponents to the dual system — is based on a concern to maximize the public budget rather than the health budget. Ideally, the system should have 31 million tiers in Canada since there are 31 million people. This is the ideal to look for.

This is not the unique system. It is not two-tier; it is 31 million tiers. The opposite vision which dominates the debate is the most widespread. The World Health Organization promoted this

passerons ensuite aux questions. Acceptez encore une fois toutes mes excuses pour ne pas avoir respecté l'horaire d'arrivée ce matin.

[Français]

**M. Jean-Luc Migué:** Monsieur le président, j'ai intitulé ma présentation «Pour un retour aux premiers principes en matière de services de santé» parce qu'il m'apparaît que depuis un bon moment, les débats publics baignent dans une espèce de mythologie qui nous a valu l'état déplorable — et même lamentable — de la situation en matière de services de santé. Je veux revenir aux premiers principes afin de démasquer ces mythes qui entourent le débat public.

Au départ, je tiens pour acquis le caractère désastreux des conditions actuelles en matière de santé. On le mesure par les longues files d'attente, par l'inégalité d'accès aux services, par l'absence d'accessibilité aux technologies de pointe ou par la pénurie de professionnels. Les conditions sont lamentables. Des illusions nous ont valu l'établissement d'un certain nombre de mythes. Le premier qui me vient à l'esprit est celui de croire que sous notre régime de gratuité, c'est le patient qui jouit de la souveraineté, qui formule ses choix, et que le système s'adapte aux besoins et aux préférences de la population. Rien n'est plus éloigné de la réalité que mythe. C'est plutôt l'appareil politico-bureaucratique qui détermine l'allocation des ressources, la capacité du système, le nombre d'hôpitaux, le nombre de chambres d'hôpital et le nombre de médecins. On le jugeait excessif il y a 10 ans; on le juge insuffisant depuis quelques années.

C'est donc un régime où il est interdit à un individu comme vous et moi de contracter, pour obtenir un diagnostic, des offreurs privés pour obtenir un diagnostic, pour obtenir la qualité des services et pour ajouter même de l'assurance pour garantir la qualité de ces services.

Le deuxième mythe qui caractérise notre régime et le débat qui l'entoure, c'est que l'accès égalitariste, l'uniformité d'accès aux services est un idéal. Par conséquent, l'apparition d'un double régime privé/public comme le régime parallèle est devenu une espèce d'épouvantail, alors qu'en réalité, à la fois la théorie économique et l'expérience enseignent que la coexistence de deux régimes accroît la capacité du système et permet à tous, tant ceux qui restent dans le système public qu'à ceux qui accèdent aux services privés, de mieux satisfaire à leurs préférences, donc à leurs besoins.

Cette façon de dépeindre le double régime comme correspondant à la double vitesse, cette perception repose donc sur le souci qu'ont les gens de maximiser. — enfin les opposants au double régime — le budget public plutôt que le budget de la santé. Idéalement, le régime devrait comporter 31 millions de vitesses au Canada puisqu'il y a 31 millions de personnes. C'est l'idéal qu'on doit rechercher.

Ce n'est pas le système unique. Ce n'est pas la double vitesse, c'est 31 millions de vitesses. La vision contraire qui domine le débat est la plus répandue. L'Organisation mondiale de la santé en



so-called "fairness," that is, egalitarianism, as being the first principle of the quality of a system.

As a result of this, Canada ranks thirtieth in this hierarchy, behind African countries and clearly underdeveloped countries. Of course, these people enjoy egalitarianism, i.e. everybody has nothing in terms of health services, but they are equal.

Yet this is the ideal that is often proposed to us. In addition, this vision contradicts, as it were, the basic principles of moral in economy, because egalitarianism implies that the most careful, conscientious, and disciplined people in terms of health services receive the same services as careless people, those who mistreat themselves and have no concern for their health. Yet they have access to the same public services and at the same price, i.e. zero dollars.

I would also like to add another very important dimension according to which the state of our system only requires administrative, or managerial, reforms — better planning as it were.

Actually, our system is condemned in its very nature, in its very essence. In our system, all agents, including consumers, producers, doctors, hospitals, politicians, and bureaucrats, have the wrong incentives, i.e. they all have an interest to adopt inefficient and anti-social behaviours, as it were.

As we know, and literature is convincing about this: consumers abuse the system. The Rand Corporation has demonstrated this. Its demonstration was later confirmed by works I could quote, i.e., for example, under the American system, people who acquire Medicaid, i.e. who get more insurance than required by Medicare, consume between 25 per cent and 30 per cent more than those who do not have this insurance.

What is the greatest institutional innovation in health care? It is managed care; not only the American version, but the institutional formula by which production was combined with insurance. This is the essential characteristic of managed care.

This resulted in savings of 10 per cent to 40 per cent. Why? Because in managed care, as opposed to conventional insurance, there is someone who is concerned with saving. Under traditional private insurance, however, consumers abused the system. Doctors are given the wrong incentives, but so are hospitals.

Our system suffers from what Mr. Hayek, Nobel Economy Prize a few years ago, characterized as a "fatal conceit," a kind of fatal pretence that we can collect all the information required to plan an entire system like the health system.

This fatal pretence according to which, through central directions to administrators, we can get all the quality, innovation,

a fait la promotion en inscrivant le «fairless» soi-disant, c'est-à-dire l'égalitarisme comme le principe premier de la qualité d'un système.

Ce qui a fait que le Canada se situe, dans cette hiérarchie, au trentième rang, derrière les pays d'Afrique et les pays en plein sous-développement. Évidemment, ces gens jouissent de l'égalitarisme, c'est-à-dire que tout le monde n'a rien en matière de services de santé, mais ils sont égaux.

Et, pourtant c'est l'idéal qu'on nous propose très souvent. D'autant plus que cette vision contredit les premiers principes de morale économique en quelque sorte, parce que l'égalitarisme implique qu'à la fois les gens les plus prudents, les plus consciencieux, les plus disciplinés en matière de services de santé reçoivent les mêmes services que les gens imprudents, les gens qui se maltraitent et qui n'ont aucun souci de protéger leur santé. Ils ont pourtant accès aux mêmes services publics et au même prix, c'est-à-dire au prix zéro.

Je veux aussi ajouter une autre dimension très importante qui postule que l'état de notre régime n'appelle que des réformes administratives, «manageriennes», en quelque sorte une meilleure planification.

En réalité, notre régime est condamné dans sa nature même, dans son essence même. Dans notre régime, tous les agents, que ce soit les consommateurs, les producteurs, les médecins, les hôpitaux, les politiciens et les bureaucrates subissent de mauvais incitatifs, c'est-à-dire qu'ils ont tous intérêt à adopter des comportements inefficaces et antisociaux, en quelque sorte.

On le sait, la documentation est convaincante là-dessus: les consommateurs abusent du système. La Rand Corporation l'a démontré. Sa démonstration a été confirmée ultérieurement par des travaux que je pourrais citer, c'est-à-dire, par exemple, sous le régime américain les gens qui acquièrent le Medicaid, c'est-à-dire qui s'assurent au-delà de ce qui est prévu par Medicare consomment entre 25 p. 100 et 30 p. 100 de plus que ceux qui n'ont pas ladite assurance.

Quelle est la plus grande innovation institutionnelle en matière de santé? C'est le «managed care» non seulement de la version américaine, mais cette formule institutionnelle par laquelle on a combiné la production à l'assurance. C'est cela la caractéristique essentielle du «managed care».

Cela a donné lieu à des économies de 10 p. 100 à 40 p. 100. Pourquoi? Parce qu'à l'intérieur du «managed care», par opposition à l'assurance conventionnelle, il y a quelqu'un qui a le souci d'économiser. Alors, que sous l'assurance privée traditionnelle, les consommateurs abusaient du système. Les médecins sont soumis à de mauvaises incitations, mais les hôpitaux aussi.

Notre régime souffre de ce que M. Hayek, lauréat au prix Nobel pour l'économie il y a quelques années, qualifiait de «fatal conceit», une espèce de prétention fatale par laquelle on peut recueillir toute l'information nécessaire pour planifier l'ensemble d'un système comme le système de santé.

Cette prétention fatale qui veut qu'on puisse, par des directives centrales à des administrateurs, obtenir la qualité, l'innovation et

and savings we want from producers like hospitals, is an unlikely pretence.

Hospital administrators are administrators, period. We removed the innovators from our system. These are people who have an interest in innovating, developing new ways to produce and save. However, we have criminalized private capital. We have criminalized profit to the point that there is a lack of funds, investment, and innovation in today's system.

The other myth is the perception of no-charge service and public production, of public monopoly as a symbol of social justice: as the expression of compassion that we, Canadians, would have and that the current system would inspire.

In fact, when people call, for example, for more taxes to save the system, they are calling for more taxes for their neighbour. Economic theory and analysis demonstrate beyond any doubt that all political choices are dominated by the fact that a majority of people want to unload the cost of their services onto their neighbours. This is what we observe in health care.

The majority of people or households in Canada with an income of \$46,000 unload the \$1,500 per year cost of their health services onto a minority with an income of \$62,000 per year, i.e. the average income in Canada. Consequently, the first rule in our system is to unload the cost of services onto their neighbour.

The second principle is the domination of interest groups in public decisions: of course, people are rationally apathetic; there is such a thing as the silent majority, and this gives free rein to interest groups, to producer groups. For example, 80 per cent of our hospital costs are made up of labour. Therefore, union policy dominates our hospital management and production, while next door in the United States, this percentage is 55 per cent.

I will now turn to my political corollary, if I may. To free ourselves from these illusions, and at the same time guarantee access and resource savings, it seems to me that there is a privileged way which would consist in putting consumers, patients, back in the centre of the system, i.e. to restore choice.

However, choice is incompatible with public assistance, and even with public funding. It is simply the accumulation by families, by individuals, of what I would call health saving funds, similar to retirement funds, which would be funded by individuals as well as public budgets, through which individuals would recover full sovereignty in terms of public choice.

For example, if public allocation were established at \$1,500 or \$1,800 per year, this would mean that these \$1,500 would be affected, according to the wish of individuals, to this budget beyond this allocation, which corresponds with the \$1,800 budget. This is the average cost in Quebec, and \$2,200 on average for Canada as a whole.

l'économie qu'on souhaite des producteurs que sont les hôpitaux. Ceci est une prétention invraisemblable.

Les administrateurs d'hôpitaux sont des administrateurs, point. Nous, on a chassé de notre régime les innovateurs. Ce sont les gens qui ont intérêt à innover, à concevoir de nouvelles façons de produire et à économiser. Or, on a criminalisé le capital privé. On a criminalisé le profit si bien qu'on se retrouve aujourd'hui dans un régime qui manque de fonds, d'investissements et d'innovations.

L'autre mythe c'est la perception de la gratuité et de la production publique, du monopole public comme un symbole de la justice sociale: comme expression d'une compassion dont nous, Canadiens, serions animés et qu'inspirerait le régime actuel.

En réalité, quand les gens appellent, par exemple, à l'alourdissement fiscal pour sauver le régime, ils appellent à l'alourdissement fiscal de leur voisin. La théorie économique et l'analyse démontrent hors de tout doute que les choix politiques sont dominés par le souci d'une majorité de refiler le coût de leurs services à leur voisin. C'est ce qu'on observe en matière de santé.

La majorité des gens ou des ménages qui ont un revenu au Canada de 46 000 \$ refilent le coût de leurs services de 1 500 \$ par année, en matière de services de santé, à une minorité qui a un revenu de 62 000 \$, c'est-à-dire le revenu moyen au Canada. Et, par conséquent, la première règle du jeu qui inspire notre régime, c'est le souci de refiler le coût des services à leur voisin.

Le deuxième principe, c'est la domination des groupes d'intérêt sur les choix publics: évidemment, les gens sont rationnellement apathiques, il existe telle chose que la majorité silencieuse, ce qui laisse généralement libre cours aux groupes d'intérêt, aux groupes de producteurs. Par exemple, chez nous, le coût de l'hôpital est composé à 80 p. 100 des coûts du travail. Donc, c'est la politique syndicale qui domine chez nous la gestion des hôpitaux et la production, alors que chez nos voisins aux États-Unis, ce pourcentage est de 55 p. 100.

Je passe à mon corollaire politique, si vous me permettez. Pour nous libérer de ces illusions, et en même temps garantir l'accessibilité, et l'économie des ressources, il m'apparaît qu'il existe un moyen privilégié qui consiste à replacer les consommateurs, les patients, au centre du système, c'est-à-dire de restaurer le choix.

Or, le choix, est incompatible avec l'assistance publique et même avec le financement public. C'est tout simplement l'accumulation par les familles, par les individus, de ce que je pourrais appeler des fonds d'épargne-santé semblables aux fonds de retraite, qui seraient financés par les individus et aussi par les budgets publics, par lesquels les individus retrouveraient la pleine souveraineté en matière de choix publics.

Par exemple, si l'allocation publique s'établissait à 1 500 \$ ou 1 800 \$ par année, cela voudrait dire que ces 1 500 \$ seraient assumés, selon la volonté des individus, à ce budget au-delà de cette allocation, qui correspond au budget de 1 800 \$. C'est ce que cela coûte en moyenne au Québec, et 2 200 \$ en moyenne pour l'ensemble du Canada.



The advantage of this system is that, beyond the proposed allocation, individuals would be responsible for their decisions, i.e. they would carry the burden of their decisions. Incentives would be for providers. Individuals would request services beyond this minimum from the providers, doctors, and hospitals, with all ensuing incentives. According to the Canadian Actuarial Association and the Consumer Protection Institute, this could represent about \$6 billion per year in savings, which is quite significant considering an overall public budget of approximately \$60 billion.

The advantage of this system would be that the funds belong to the individual, who would therefore benefit from sparingly using his resources. This would also introduce a greatly desirable competition in a system that is characterized by public monopoly. We would achieve the fairness objectives, i.e. equal and universal access to health services, but in a system that would conserve resources.

[English]

**Dr. Lee Soderstrom, Professor, Department of Economics, McGill University:** I presume everyone has a copy of my text, and you will notice on the fourth page what is essentially a table that I will address in the second hour of my presentation this afternoon.

Thank you very much for the opportunity to discuss with you your fourth volume; my remarks this afternoon are based on a reading of that volume. After reading it, I would like to make two fairly general points. The first is that I would urge the committee to give more attention to the economic efficiency of the various reform proposals being considered in the report.

As I read through Volume 4, I was struck by the fact that there was almost no discussion of economic efficiency in that document. There were a number of references throughout the document to the general idea of social equity, but very little was said about efficiency. This was a great surprise to me, because having worked in the health care system now for almost 30 years, I realize that most health planners, when thinking about reform of the health system, are concerned about two basic issues: What are the impacts of the reform on, first of all, equity, and secondly, what is the impact on economic efficiency more generally?

When I started to read the report, I got as far as page 5 before I realized that something was amiss. I read:

Canadians have opted for universal public health care insurance on the grounds of compassion, equity and fairness.

Surprisingly, absolutely nothing was said there about the efficiency gains of public insurance.

Now, I teach, and have long taught undergraduate and graduate students in health economics. When I talk about insurance arrangements, I tend to focus on the effects that those arrange-

L'avantage de ce régime, c'est qu'au-delà de l'allocation prévue, les individus seraient responsables de leurs décisions, c'est-à-dire qu'ils assumeraient eux-mêmes le fardeau de leurs décisions. Les incitations seraient pour les offreurs. Les individus commanderaient aux offreurs, aux médecins, aux hôpitaux, des services au-delà de ce minimum, avec toutes les incitations qui s'ensuivent. L'Association canadienne des actuaires ainsi que la Consumer Protection Institute calculent que cela pourrait représenter des économies de l'ordre de 6 milliards de dollars par année; ce qui n'est pas banal sur un budget global public d'à peu près de 60 milliards de dollars.

L'avantage de ce régime serait que les fonds appartiennent à l'individu et donc que celui-ci serait bénéficiaire de la parcimonie avec laquelle il traiterait ses ressources. Cela introduirait en même temps une concurrence grandement souhaitable dans un régime qui est caractérisé par le monopole public. On obtiendrait à la fois les objectifs de justice, c'est-à-dire l'équité d'accès universelle aux services de santé, mais dans un régime qui économiserait les ressources.

[Traduction]

**M. Lee Soderstrom, professeur, département d'économie, université McGill:** Je présume que tout le monde a reçu un exemplaire de mon texte; vous remarquerez à la page quatre, un tableau sur lequel je reviendrai plus tard durant mon exposé, cet après-midi.

Merci de nous donner l'occasion de discuter avec vous du Volume quatre de votre rapport; mes commentaires s'inspirent de la lecture que j'en ai faite. En effet, j'aimerais insister particulièrement sur deux points. Premièrement, j'exhorte le comité à accorder davantage d'attention à l'efficacité économique des diverses propositions de réformes étudiées dans le rapport.

Durant ma lecture du Volume 4, j'ai été frappé par le fait qu'il n'était pour ainsi dire pas question de l'efficacité économique dans tout le document. J'ai bien vu ça et là des références à l'idée générale d'équité sociale, mais très peu de commentaires sur la question de l'efficacité. J'en ai été très surpris, ayant travaillé dans le domaine du système de soins de santé depuis presque 30 années maintenant, je réalise que la plupart des planificateurs des soins de santé, lorsqu'ils se penchent sur une réforme, se préoccupent de deux aspects fondamentaux, à savoir quels sont les impacts de la réforme sur l'équité en premier lieu et deuxièmement, quelle sera l'incidence sur l'efficacité économique de manière plus générale?

Lorsque j'ai commencé à lire le rapport, je me suis rendu jusqu'à la page 5 avant de réaliser qu'il manquait quelque chose. J'ai lu:

Les Canadiens ont opté pour un régime d'assurance-maladie public universel pour des motifs de compassion, d'équité et de justice.

À ma surprise, il n'était aucunement question de l'amélioration de l'efficacité du régime d'assurance gouvernementale.

J'enseigne encore aujourd'hui et depuis longtemps au premier cycle et au deuxième cycle en économie de la santé. Lorsque j'aborde les régimes d'assurance, j'ai tendance à insister sur les

ments have on efficiency, not on equity. There are major equity gains to be made with public insurance schemes, and there seems to be no recognition of that in this report. I'll come back to that point in a little while.

As I continued to read the report, I noted that the authors suggested on page 34 that:

It is important to balance public and private involvement in the health care field.

When I read that, I asked myself why should such a balancing act be socially appropriate? The role of the public and private sectors, it seems to me, and, I think, to most health planners, should be dictated by their impact on the twin goals of equity and efficiency. There is nothing socially desirable about a balancing act, per se.

Now, after reading that phrase, I began to ask myself what was going on with the report, what sort of vocabulary was being used. It occurred to me that the authors of the report were using "public involvement" and "private involvement" as code words. Public involvement was seen as indicating a concern about equity. The idea is that public involvement will promote equity, but, alas, will have adverse effects on efficiency. The phrase "private involvement" was being used as a code word to indicate improved efficiency. The thinking there is that private involvement would promote efficiency, even if it did have some adverse effects on equity.

If this were the belief of the authors, the notion would be that by balancing the public and private sectors, you would in fact have some sort of a balancing of concerns about equity and efficiency.

That seemed to be a plausible interpretation of what the authors were doing. However, there is one major problem, and that is that the view that apparently rests with the authors, as well as many in Canada, that the private sector promotes efficiency, is not correct. The available research indicates that the private sector is not always more efficient than the public sector in the health care field. This essentially brings me to my second point. I think the committee should pay more attention to the extensive research indicating that various forms of privatization would not improve the efficiency of Canada's health care system.

In Volume 4, the authors list many different proposals for increasing the involvement of the private sector in health care. They talk about expanding the role of the private sector in finance and in the provision of services.

How do we evaluate those ideas? My point is that we evaluate them by thinking about what impact they will have on equity and efficiency. One does not want to simply speculate as to what their likely effects would be, one wants — and this is what research exists for — to know what their likely effects are going to be. To get a feel for what those likely effects will be, we turn to the research evidence. We are very fortunate that there is a very large and rich research literature in which people have evaluated many of the proposals being considered by this committee. Unfortunately,

effets de ces régimes sur l'efficacité, et non sur l'équité. Il y a d'importants gains d'efficacité à réaliser avec les régimes d'assurance gouvernementale, et il semble que ce rapport les ait passés sous silence. Je reviendrai sur ce point plus tard.

En poursuivant ma lecture, j'ai remarqué, à la page 36, que les auteurs suggéraient ce qui suit:

Il est important d'équilibrer la participation publique et privée dans le domaine des soins de santé.

Lorsque j'ai lu cette phrase, je me suis demandé pourquoi il était tellement souhaitable sur le plan social d'équilibrer ces participations. À mon sens, le rôle des secteurs privé et public, et je pense que tous les planificateurs de soins de santé seront d'accord avec moi, devrait être dicté par leur impact sur les deux objectifs que constituent l'équité et l'efficacité. L'équilibre en lui-même n'a rien de souhaitable sur le plan social.

Alors, après avoir lu cette phrase, j'ai commencé à m'interroger sur l'orientation que prenait ce rapport, et sur le vocabulaire qui y était utilisé. Il m'a semblé que les auteurs utilisaient «participation publique» et «participation privée» comme s'il s'agissait de mots de code. La participation publique était vue comme la marque d'une préoccupation à l'égard de l'équité. L'idée étant que la participation publique favorisera l'équité, mais que, hélas, elle aura une incidence négative sur l'efficacité. L'expression «participation privée» était utilisée comme un mot de code pour signifier une amélioration de l'efficacité. La visée étant que la participation privée est un gage d'efficacité, même si elle risque d'avoir une incidence négative sur l'équité.

Si c'est bien ainsi que les auteurs voient les choses, l'idée générale serait qu'en équilibrant la participation des secteurs public et privé, on obtiendrait une certaine forme d'équilibre entre les préoccupations liées à l'équité et à l'efficacité.

Il m'a semblé que c'était une interprétation plausible. Toutefois, il y a un problème de taille et il tient à ce que les auteurs, à l'instar de bien d'autres personnes au Canada, entretiennent l'idée erronée que le secteur privé est synonyme d'efficacité. Les recherches dont nous disposons montrent que le secteur privé n'est pas toujours plus efficace que le secteur public dans le domaine des soins de santé. Cette constatation m'amène à ma deuxième observation. Je pense que le comité devrait accorder plus d'attention à la somme de recherches indiquant que diverses formes de privatisation n'entraîneraient pas une amélioration de l'efficacité du système de soins de santé canadien.

Dans le Volume 4, les auteurs énumèrent diverses propositions visant à accroître la participation du secteur privé dans les soins de santé. Ils parlent d'élargir le rôle du secteur privé au chapitre du financement et de la prestation des services.

Et comment s'y prendra-t-on pour évaluer ces propositions? À mon avis, nous pouvons les évaluer en réfléchissant à l'impact qu'elles auront sur l'équité et l'efficacité. Il ne s'agit pas de spéculer sur les éventuelles répercussions, mais plutôt — et c'est à cela que sert la recherche — de savoir quels seront les effets de ces propositions. Pour avoir une idée de ces effets, on se tourne vers les conclusions des recherches. Nous avons la chance de disposer d'une documentation très riche et très abondante dans laquelle des chercheurs ont évalué bon nombre de propositions



ly, little use is made of this rich literature in Volume 4. Almost no reference is made to that literature, which I find very surprising.

Throughout the volume, one finds various references to experiences in other lands — reforms in Sweden, in England, in other parts of Europe, and things going on in the United States. That is just descriptive information: just because the Swedes are doing it, the Germans are doing it, or the Americans are doing it does not necessarily mean that it promotes equity or efficiency. The only way we can get a feel for what those effects are is by looking to see what sort of evidence there is where people have actually tried to evaluate it. My point is that the committee is faced with a situation where there is a rich body of evidence. Unfortunately, the committee does not seem to be making use of it, judging from the text of Volume 4.

The committee talks, in the report, about wanting to have a non-ideological debate. I agree with that view. However, it would seem to me that the best way to promote that non-ideological debate is by providing a good summary of the research evidence that is out there, and some analysis of what those research findings imply. That is not in the present report.

Now, what does one find if one goes through this literature? I have tried to give you, in the text, some feel for what you will find if you go through the literature, but I've summarized it there in Table 1. Let me just quickly go through Table 1 to conclude my remarks.

First of all, under private financing of health services, two possibilities are extensively discussed in the report. First, we know from extensive research that private insurance is more costly because it involves higher administrative costs.

With user charges, the second frequently mentioned scheme, we find that they do not seem to be able to reduce health care costs. The best study of that is from Saskatchewan and its experience with user charges in the late 1960s.

Two other examples, if I move down in the table, relate to the private provision of services. One is for-profit hospitals. There is an enormous amount of literature here, particularly American, relating to the effect of for-profit hospitals on hospital performance. This literature extends over 20 years, with a bibliography of probably 30 to 50 articles. What is so striking, and it was certainly striking to me when I first encountered it, is that this literature tends to suggest that for-profit hospitals are no more efficient than non-profit hospitals. The for-profits make their money through charging higher prices, not through greater efficiency. There are a lot of studies to indicate that.

That is an important result for two reasons. One, it suggests that we have little to gain by thinking about privatizing hospitals. Secondly, because there is so little work in other areas, it warns us

qu'étudie actuellement le comité. Malheureusement, on utilise très peu cette documentation dans le Volume 4, et on n'y fait pratiquement aucune référence, ce qui me surprend beaucoup.

Dans tout le volume, on trouve diverses références à des expériences tenues dans d'autres pays — des réformes ayant eu lieu en Suède, en Angleterre, dans d'autres parties de l'Europe, et on mentionne des projets qui se déroulent aux États-Unis. Mais il s'agit de renseignements descriptifs: ce n'est pas parce que les Suédois, les Allemands ou les Américains le font que ces réformes favorisent l'équité ou l'efficacité. Le seul moyen de savoir ce qu'il en est vraiment au sujet des effets de ces réformes consiste à essayer de trouver des preuves découlant des études ayant été réalisées à leur sujet. J'essaie de faire valoir que le comité dispose d'un énorme corpus de documentation. Hélas, il ne semble pas y puiser, si j'en juge par le texte du Volume 4.

Dans son rapport, le comité fait valoir son intérêt pour un débat non idéologique. Je suis d'accord. Toutefois, il me semble que le meilleur moyen de favoriser la tenue d'un débat non idéologique consiste à fournir un bon résumé des recherches ayant été effectuées, et une analyse des conclusions de ces recherches. Ces éléments sont absents du rapport.

Alors, que pourrions-nous trouver en parcourant cette documentation? Pour vous en donner une idée, j'ai fait un résumé dans mon mémoire. Vous le trouverez au Tableau 1 que je vais passer en revue avec vous rapidement pour conclure.

Tout d'abord, dans le cadre d'un financement des services de santé par le secteur privé, deux possibilités sont abondamment débattues dans le rapport. Premièrement, nous savons d'après les recherches poussées qui ont été faites que les régimes d'assurance du secteur privé sont plus coûteux parce que leurs frais d'administration sont plus élevés.

En facturant aux patients les services assurés, ce qui représente le deuxième scénario le plus souvent mentionné, les recherches démontrent que les coûts des services de santé ne semblent pas avoir diminué pour autant. La meilleure étude à ce sujet est celle de la Saskatchewan et de l'expérience qu'elle a réalisée avec la facturation des services assurés vers la fin des années 60.

Deux autres exemples, si nous descendons plus bas dans le tableau, visent la prestation de services par le secteur privé. L'un de ces exemples concerne les établissements hospitaliers à but lucratif. La documentation, surtout de source américaine, est très abondante sur ce sujet et elle vise les répercussions de la privatisation des hôpitaux sur le rendement. Ces recherches portent sur une période de 20 ans, et sont assorties d'une bibliographie de 30 à 50 articles. Ce qui frappe le plus, et j'ai été le premier surpris lorsque j'en ai pris connaissance, c'est que ces recherches tendent à suggérer que les hôpitaux à but lucratif ne sont pas plus efficaces que les hôpitaux à but non lucratif. En effet, les établissements à but lucratif réalisent un bénéfice en exigeant des prix plus élevés, et non en démontrant une plus grande efficacité. Il y a énormément d'études sur le sujet.

Voilà un résultat important pour deux raisons: la première, c'est que ces constatations suggèrent qu'il n'y a pas grand-chose à espérer de la privatisation des hôpitaux. La seconde, c'est qu'il y a

that we should not think that turning to the private sector would prove to be an effective way to improve efficiency. The literature here is very extensive.

There is one last example. If I go down to the bottom of the table, to for-profit nursing homes, there is an exception. We have no Canadian literature on this point, but the American literature does in fact tend to suggest that for-profit nursing homes are more efficient. They tend to have lower costs, and the quality of care seems to be about the same as with non-profit homes. Here is an area where looking at privatization might in fact improve the performance of the Canadian health care system. It is striking, I think, that there is no reference to this literature in Volume 4 of the report.

Having stated my two points, I will stop there.

**The Chairman:** Thank you. I agree that it would be really useful if we had a summary of the basic research results, and you have put them in point form on your Table 1. Is there a document or something that synthesizes the available research? I understand what the conclusions will be, but is there such a synthesis?

**Dr. Soderstrom:** I am not aware of an up-to-date document that covers all of those fields. I have been sort of collating the evidence now for the last two or three years. However, your research staff surely would be familiar with that literature.

**The Chairman:** Yes. People have done comparative studies, so that is okay.

[Translation]

**Senator Morin:** I would have a certain number of comments to make, Mr. Migué. I think you agree that multiple insurers for the same service increases the complexity of the system. In fact, this is why you propose a single payer.

The problem with the reduction of health costs by the patients is that it opposes two values. Is it under-consumption? For example, the people who do not benefit from Medicare in the United States are often poor patients who under-consume health care.

Obviously, if we do not have insurance, and if we do not have personal funds to consult or pay drugs, there is often under-consumption. With under-consumption, it is always very difficult to evaluate the effects of health care.

Health care is essentially quality-of-life care, and there is no point in simply evaluating mortality cases.

The greater part of health costs of industrial health saving funds, that is, 40 per cent, are really affected, as they are only spent on the health care required for the three last months of our lives. Almost 30 per cent of health care goes to people with chronic diseases, such as multiple sclerosis, rheumatoid arthritis, or to people who are generally handicapped. And for these two

eu tellement peu de recherche dans les autres domaines que cela nous met en garde contre la tentation de faire appel au secteur privé comme moyen efficace d'améliorer l'efficacité. La documentation sur ce sujet est très abondante.

Voici un dernier exemple. Si je descends tout en bas du tableau, vis-à-vis les maisons de soins, je note une exception. Il n'existe aucune recherche canadienne sur ce sujet, mais la documentation sur les études réalisées aux États-Unis semble suggérer que les maisons de soins à but lucratif sont plus efficaces. Elles ont tendance à afficher des coûts inférieurs, et la qualité des soins semble être sensiblement la même que dans les maisons de soins sans but lucratif. C'est donc un secteur où l'on pourrait envisager la privatisation et espérer améliorer le rendement du système de soins de santé canadien. C'est frappant, je trouve, que votre Volume 4 ne fasse aucune mention de cette documentation.

Voilà, j'ai fait les deux observations que j'avais en tête, alors je vais m'arrêter ici.

**Le président:** Merci. Je suis d'accord avec vous qu'il serait très utile de disposer d'un résumé des conclusions de recherches fondamentales que vous avez présentées sous forme de synthèse dans votre Tableau 1. Existe-t-il un document ou un résumé de la recherche disponible? Je comprends quelles seront les conclusions, mais y a-t-il moyen de trouver une telle synthèse?

**M. Soderstrom:** Je n'ai pas connaissance qu'il existe un document à jour couvrant tous ces domaines. Je collige plus ou moins ces résultats de recherche depuis deux ou trois ans. Cependant, je suppose que vos chercheurs doivent connaître cette documentation.

**Le président:** Oui. Des études comparatives ont été effectuées sur le sujet, donc c'est très bien.

[Français]

**Le sénateur Morin:** J'aurais un certain nombre de commentaires à faire, monsieur Migué. Je pense que vous êtes d'accord que la multiplicité des assureurs pour le même service augmente la complexité du système. D'ailleurs, c'est pour cette raison que vous proposez de garder un payeur unique.

Le problème de la réduction des coûts de santé par les patients c'est qu'il met en opposition deux valeurs. Est-ce la question de la sous-consommation? Par exemple, les personnes qui ne profitent pas de Medicare aux États-Unis, sont souvent des patients pauvres qui sous-consomment les soins de santé.

Il est évident que si on n'a pas d'assurance et si on n'a pas de fonds personnels pour consulter ou se payer des médicaments, bien souvent il y a sous-consommation. En ce qui a trait à la sous-consommation, il est toujours très difficile d'évaluer les effets des soins de santé.

Les soins de santé sont surtout des soins de qualité de vie, et d'en évaluer simplement les cas de mortalité n'est pas un point.

La majorité des coûts de santé des fonds industriels d'épargne santé, soit 40 p. 100, sont vraiment affectés, car ils sont consacrés qu'aux soins de santé requis pour les trois derniers mois de notre vie. Un pourcentage de près de 30 p. 100 des soins de santé vont à des gens porteurs de maladie chronique, par exemple, la sclérose en plaques, l'arthrite rhumatoïde ou à des gens qui sont



groups of people, industrial health saving funds are more difficult to obtain. Of course, the relationship between healthy lifestyles and health costs is not always as obvious. The more we age, the less the lifestyle we had when we were younger has an effect on our health.

**Mr. Migué:** As regards under-consumption, nobody would think of depriving the less fortunate people of the assistance required to access services.

Data show that, in terms of consumption, when responsibility is imposed by consumers, they tend to adopt wiser behaviours, that is, to consume less without jeopardizing their health. Imposing some form of responsibility on consumers is generally followed by a reduction in consumption without any deterioration of people's health. These are the results of the Rand Institute and several other studies. The principle I am stating is that a system is not established to meet the specific needs of 5 per cent to 10 per cent of the population.

As for the very accurate observation you made for certain individuals and consumption, the needs are so huge that this may ruin them. Proposals relating to building a health savings fund always involve the hypothesis of a disaster insurance, beyond a certain number.

I did not attempt to operationalize the system because, I have no illusions, I doubt that we ever adopt it. In any event, it is not for me to operationalize the system. However, for the kind of problem you raise, there is a limit to pay beyond which public or private insurance would take over.

If I may, I would like to make an observation about what was said by my colleague, with whom I differ fundamentally, although we are both economists. The principle is to say that my colleague uses the term "efficiency" in a generous way. However, efficiency to him, if I get it right, is to minimize costs as if this were an objective.

However, there is only one principle of efficiency in economy, not eighteen, not two, and it is first and foremost based on the individual's supremacy. Economists have a moral and philosophical principle — the only one ever in economy — and it is the principle of the individual's sovereignty, of the individual's supremacy.

Do you understand? Of course savings can be made by depriving people of what they want. This is exactly the system that brought us to the current circumstances. So I want to disagree with my neighbour, who proposes efficiency as having the only goal of minimizing costs. Do you understand?

[English]

**Dr. Soderstrom:** Excuse me; let me clear the record. I never said that.

**Mr. Migué:** You did. Implicitly, that is what you were saying. Hospitals got less here, and more there.

généralement handicapés. Et, pour ces deux groupes de personnes, les fonds industriels d'épargne santé sont plus difficiles à obtenir. Évidemment, la relation entre les styles de vie sains et les coûts de santé ne sont pas toujours aussi évidents. Plus on vieillit, moins le style de vie qu'on a eu plus jeune a un effet sur notre santé.

**M. Migué:** En ce qui a trait à la question de la sous-consommation, personne ne songe à priver les gens les plus démunis de l'assistance nécessaire pour accéder aux services.

Les données démontrent en matière de consommation que l'imposition d'une responsabilité par les consommateurs les amène à adopter des comportements plus sages, soit à consommer moins sans compromettre leur santé. La baisse de consommation, en général, suit l'imposition d'une forme de responsabilisation du consommateur et ne s'accompagne pas d'une détérioration de la santé des gens. Ce sont les résultats de La Rand Institute et de plusieurs autres études. Le principe que j'énonce, c'est qu'on ne bâtit pas un régime pour répondre aux particularités de 5 p. 100 à 10 p. 100 de la population.

Quant à l'observation très juste que vous faites pour certains individus et la consommation, les besoins sont tellement gigantesques que cela risque de les ruiner. Les propositions relatives à la constitution d'un fonds d'épargne santé s'accompagnent toujours de l'hypothèse d'une assurance catastrophe, au-delà d'un chiffre.

Je n'ai pas essayé d'«opérationnaliser» le système parce que, je ne me fais pas d'illusions, je doute, qu'on ne l'adopte jamais. De toute façon, ce n'est pas à moi d'«opérationnaliser» le système. Cependant, pour ce genre de problème que vous soulevez, il y a un plafond à déboursier au-delà duquel l'assurance publique ou privée prendrait charge.

J'aimerais, si vous me permettez, faire une observation relative aux propos de mon collègue avec lequel je diffère fondamentalement, bien que nous soyons tous les deux économistes. Le principe, c'est de dire que mon collègue fait un usage généreux du terme «efficacité». Mais, l'efficacité, pour lui, si je comprends bien, c'est de minimiser les coûts comme si c'était un objectif.

Or, le principe de l'efficacité en économie, il n'y en a pas dix-huit, il n'y en a pas deux, il y en a un, et il repose premièrement sur la suprématie de l'individu. Il existe un principe moral et philosophique que l'économiste retient — et c'est le seul depuis que l'économie existe — et c'est le principe de la souveraineté des individus, de la suprématie des individus.

Comprenez-vous? C'est bien sûr que l'on peut économiser en privant les gens de ce qu'ils veulent. C'est exactement le régime qui nous a amenés aux circonstances actuelles. Et, par conséquent, je veux m'inscrire en faux contre mon voisin qui propose l'efficacité comme ayant pour seul objectif de minimiser les coûts. Comprenez-vous?

[Traduction]

**M. Soderstrom:** Excusez-moi; permettez que je rétablisse les faits. Je n'ai jamais rien dit de tel.

**M. Migué:** Oui, vous l'avez dit. De façon implicite, c'est bien ce que vous avez dit. Les hôpitaux ont reçu moins à tel égard, et plus ailleurs.

**The Chairman:** Senator Morin?

**Senator Morin:** Well first of all, Mr. Chair, I'd like to take exception to the finger pointing. Professor Soderstrom is stating that we did not consider the evidence. This was an options paper in which we just posed questions. Why should we consider evidence when we pose questions? I do not agree with this finger pointing at us. We cannot be that wrong in posing these questions for two reasons. If things were that clear, why would every OECD country, without exception, have private insurance and a flourishing private sector, and even be considering using it more? Prime Minister Blair said recently that he wants greater use of the private sector; Sweden is going into the private sector more than in the past and so is Australia.

Why should we be blamed for considering this as an option? Why should somebody tell us that we are not considering the evidence?

There is another good reason why we should propose this as an option. As you have just heard, Professor Migué on your left, who is a renowned economist and has published books on the health care system, takes the opposite position to yours. He believes that we should make greater use of the private system.

Therefore, I do not agree at all, and I take exception to this. It is perfectly correct for you to state your point of view. However, we are not in the position of having to be subjected to this finger pointing and these accusations.

Concerning the efficiency, I do not think we should have a single payer, so on that point I think we agree.

Concerning what you call "for-profit production of health services," witnesses have appeared before us stating that, on the contrary, there was considerable recent evidence demonstrating that the for-profit providers were more efficient and produced better outcomes. I realize that you point to evidence, but we do not have any references in your document. What does "American and Canadian research" mean to me? At least we should have had the references.

Having said that, I know the material you are quoting, but many witnesses have appeared before us to say there is recent evidence that for-profit providers have better outcomes at lower costs than public providers. I am not saying that we should go private all the way, or public all the way, but I think we should consider the possibility of moving towards private providers to some degree.

**Dr. Soderstrom:** It seems to me that if the committee wants its report to generate debate and discussion that is educated and not ideological, it should be trying to inform the readers of its reports as to what is known about various proposals. I have no problem with the committee listing all kinds of proposed reforms, whether they involve a greater role for the private sector or the public

**Le président:** Sénateur Morin?

**Le sénateur Morin:** Pour débiter, monsieur le président, j'aimerais soulever une objection en ce qui concerne les accusations. Le professeur Soderstrom affirme que nous n'avons pas tenu compte des éléments probants. Nous avons produit un document présentant des options et dans lequel nous ne faisons que poser des questions. Pourquoi devrions-nous considérer les preuves lorsque nous posons des questions? Je désapprouve ces accusations à notre égard. Je ne pense pas que nous ayons tellement tort en posant ces questions, pour deux bonnes raisons. Si les choses étaient si évidentes, pourquoi est-ce que tous les pays de l'OCDE sans exception ont des régimes d'assurance privés, un secteur privé florissant et qu'ils envisagent d'aller plus loin encore dans cette direction? Le premier ministre Blair a déclaré récemment qu'il voulait se tourner encore davantage vers le secteur privé; la Suède fait davantage appel au secteur privé que dans le passé et il en va de même pour l'Australie.

Pourquoi devrions-nous être blâmés pour avoir envisagé cette option? Pourquoi viendrait-on nous accuser de ne pas tenir compte de l'information probante?

Il y a une autre bonne raison pour laquelle nous devons présenter cette option. Comme vous l'avez entendu, le professeur Migué qui se trouve à votre gauche, est un économiste de renom qui a publié des livres sur le système de soins de santé, et sa position est tout à fait à l'opposé de la vôtre. Il croit que nous devrions nous tourner davantage vers le secteur privé.

Par conséquent, je ne suis pas du tout d'accord avec vous, et je m'insurge contre vos accusations. Vous êtes parfaitement justifié de faire valoir votre point de vue. Toutefois, je ne vois pas pourquoi nous devrions subir ces accusations.

En ce qui concerne l'efficacité, je ne pense pas que nous devrions adopter un modèle à payeur unique, aussi sur ce point nous sommes d'accord, je crois.

Pour ce qui est de la «production des services de santé à but lucratif», des témoins nous ont affirmé qu'au contraire il existait passablement d'information récente prouvant que les fournisseurs à but lucratif étaient plus efficaces et obtenaient de meilleurs résultats. Je constate que vous signalez l'information probante, mais que vous ne mentionnez aucune référence dans votre document. Qu'entendez-vous par des «recherches américaines et canadiennes»? Vous devriez au moins donner les références.

Ceci étant dit, je sais à quels documents vous faites allusion, mais de nombreux témoins sont venus nous dire que les fournisseurs de services à but lucratif obtenaient de meilleurs résultats à moindre coût que leurs pendants du secteur public. Je ne dis pas que nous devions tout privatiser, ou que tout le système doive être gouvernemental, mais il me semble que nous devrions envisager la possibilité de confier une partie des soins de santé au secteur privé.

**M. Soderstrom:** Il me semble que si le comité souhaite que son rapport alimente un débat et une discussion d'un certain niveau intellectuel plutôt qu'idéologique, il devrait informer les lecteurs de ses rapports sur ce qui a été publié sur ses diverses propositions. Je n'ai rien contre l'idée d'énumérer tout un éventail de réformes, qu'elles fassent appel à un engagement plus marqué



sector. There are some things to be gained from expanding in the direction of the private sector, but there may also be things to be gained from expanding in the direction of the public sector.

My point is that it is important to ask the right question. The right question is not how do we balance the public and private sector, it is what can we surmise will be the likely effects on equity and efficiency. With due respect to the other testimony, I go through the scientific literature where people have made serious evaluations of various proposals, and what you have in front of you is very up-to-date.

I will give you one example, the interest in private clinics. Eighteen months ago, in the *New England Journal of Medicine*, one of the two leading medical journals, a study was reported on the adverse health effects of private renal dialysis clinics. That is up-to-date research, and that is what you have in Table 1.

**Senator Robertson:** Just turning to your table here again, I am sure that you would be able to give us information on the why's of these things. For instance, in your for-profit nursing homes, where there are lower costs of care, lower costs for quality of care, and...

**Dr. Soderstrom:** Oh, that is a typo. That should be, "No effect on quality of care" for the nursing homes.

**Senator Robertson:** So it is the same, whether it is for profit or not?

**Dr. Soderstrom:** Yes.

**Senator Robertson:** Therefore, in this literature that you are referring to, there must have been some indicator or indicators of why a for-profit nursing home could have lower costs and still have a balance of quality of care and access. Could you advise what the commentary was that gave this result?

**Dr. Soderstrom:** Off the top of my head, no. I am not a specialist in that area. I have just gone through the literature and made a summary of what the findings were.

**Senator Robertson:** We would have to search that out and see why, because it stands out. I do not challenge your integrity on this at all, but I am always just a little concerned about a table without proper references to back it up.

**The Chairman:** Just to help to emphasize Senator Robertson's point, it is indeed puzzling that for one part of the health care sector, which involves institutions and their provision of service and so on, you say that the quality is basically the same and costs are lower. Then you have to say to yourself, is it not odd that that does not, apparently, according to the table, extend to any other institutions that deliver services? There is one of two conclusions: either there is something totally unique about long-term care — and I do not know what it is, but that is a question — or one has to say that the research is probably not correct, because there has

du secteur privé ou du secteur public. Il y a des points à gagner en réalisant une certaine expansion vers le secteur privé, mais il se pourrait que l'on puisse retirer aussi des avantages d'une expansion plus marquée vers le secteur public.

Je veux tout simplement faire valoir qu'il est important de poser la bonne question. Et à mon sens, la bonne question ne consiste pas à déterminer l'équilibre à tenir entre les secteurs public et privé, elle vise plutôt à se demander quels pourraient être les effets sur l'équité et l'efficacité. Avec tout le respect que je dois aux autres témoins, je prends connaissance de documents scientifiques publiés par des chercheurs ayant fait des évaluations sérieuses de diverses propositions, et ce que vous avez devant vous est très récent.

Voici un exemple: l'intérêt pour les cliniques privées. Il y a dix-huit mois, dans le *New England Journal of Medicine*, une des deux plus importantes revues médicales, on a rapporté une étude sur les effets négatifs que les cliniques de dialyse rénale pourraient avoir sur la santé. Il s'agit d'une recherche très récente, et elle figure parmi celles du Tableau 1.

**Le sénateur Robertson:** Justement, pour revenir à ce tableau, je suis persuadée que vous pourriez nous éclairer sur les raisons qui expliquent ces situations. Par exemple, dans les maisons de soins à but lucratif, où les coûts des soins sont inférieurs, les coûts sont moins élevés pour des soins de qualité, et...

**M. Soderstrom:** Oh, c'est une coquille. Vous devriez lire: «Aucun effet sur la qualité des soins dispensés dans les maisons de soins».

**Le sénateur Robertson:** Alors, est-ce que les résultats sont les mêmes, qu'il s'agisse d'un établissement à but lucratif ou non?

**M. Soderstrom:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Par conséquent, dans ces études de recherche que vous citez, il doit bien y avoir une ou des indications des raisons pour lesquelles une maison de soins à but lucratif pourrait avoir des coûts inférieurs et pourtant offrir un équilibre entre la qualité des soins et l'accessibilité. Pourriez-vous nous expliquer comment on en est venu à cette conclusion?

**M. Soderstrom:** À brûle-pourpoint, non. Je ne suis pas un spécialiste du domaine. Je me suis contenté de lire les documents de recherche et de compiler les conclusions.

**Le sénateur Robertson:** Il faudrait que nous fassions des recherches pour comprendre pourquoi, parce que c'est assez frappant. Je ne mets pas en doute votre intégrité, mais je suis toujours un peu circonspect lorsque l'on me présente un tableau sans donner les sources.

**Le président:** Ne serait-ce que pour renchérir sur l'observation du sénateur Robertson, il est vrai qu'il est assez intrigant que, pour une partie du secteur des soins de santé, qui regroupe des institutions et la prestation de services, et ainsi de suite, vous dites que la qualité est pratiquement la même et que les coûts sont inférieurs. On ne peut s'empêcher de penser que c'est bizarre, si l'on se fie au tableau, que ces constatations ne puissent s'appliquer aux autres institutions qui dispensent des services. Il y a deux conclusions possibles: ou bien les soins de santé de longue durée ont quelque chose de totalement unique — et je ne peux pas

to be a rationale. You cannot just say that one segment works, and I am not being critical. I am asking about the literature here. You understand that the literature creates in your mind the idea that either part of the research is not correct, or there is something unique about long-term care, in which case, what is it?

**Dr. Soderstrom:** I would think that it is probably the latter. One of the things that is striking about this literature, particularly if we look at hospitals and the nursing home literature, is that there are a large number of studies out there, using different methods and different variables, that are all coming to basically the same kind of conclusion, and that is the kind of thing that researchers look for. It is the pattern of the results. The basic pattern is that in both the non-profit hospitals and the nursing homes, quality of care does not seem to be adversely affected.

I apologize for not providing you with references. I made a deliberate decision not to do that, because when I have done so in the past, people have looked at my documents, seen long lists of references, and gone to sleep. However, if the committee would like references to support those claims, I would be more than willing to provide them. That is not a problem here.

**Senator Robertson:** Coming down to very basic issues that the public is well aware of — and we relate to the public because most of us have been around for a long time dealing with the population in one capacity or another — one of the two factors that we hear about all the time is the long waiting times to obtain care. Most people are reasonably happy once they get into the system, but they worry about waiting to get into the system for very critical assessments of problems. Of course, the other factor is the professional shortage.

I am listening very carefully: how would your beliefs affect both of those issues?

[Translation]

**Mr. Migué:** Mr. Chairman, if I may intervene, I have taken for granted that the two dimensions you raised outlined the fundamental deficiencies of our system. These deficiencies were due to the fact that the incentives offered to all parties in the health system, i.e. consumers, service providers, doctors, hospitals, clinics, politicians, and bureaucrats, were wrong. Everyone had an interest in adopting inefficient behaviours. So much so that, to correct this, consumer sovereignty must be restored, and at the same time, consumers must be able to express their true preferences. Consumer choice and competition must therefore be reintroduced in the system, and the system's capacity must be increased, in terms of providers. By reintroducing consumer sovereignty and individual funding with savings, there will be additional calls for services.

voir de quoi il s'agit, mais c'est seulement une question — ou alors on se dit que ces recherches sont probablement dans l'erreur, parce qu'il doit y avoir une raison. On ne peut pas seulement affirmer que ça fonctionne dans un segment, et je ne dis pas cela pour critiquer. Je m'interroge sur les recherches que vous mentionnez. Vous comprenez que ces documents nous incitent à penser qu'une partie de la recherche pourrait être erronée, ou alors que les soins de longue durée ont des caractéristiques particulières, et dans ce cas, quelles sont-elles?

**M. Soderstrom:** Je penche plutôt pour la deuxième hypothèse. L'une des choses les plus frappantes au sujet de ces recherches, et particulièrement si l'on regarde les hôpitaux et les maisons de soins, c'est que nous pouvons examiner un grand nombre d'études qui utilisent diverses méthodes et diverses variables, et que toutes semblent en arriver pour ainsi dire à la même conclusion, et c'est précisément ce que recherchent les scientifiques. C'est la loi de base. La loi de base est en effet que dans les hôpitaux et les maisons de soins à but non lucratif, la qualité des soins ne semble pas être affectée.

Je m'excuse de ne pas vous avoir fourni les références exactes. J'ai délibérément pris la décision de ne pas le faire parce que lorsque je l'ai fait dans le passé, les gens ont jeté un coup d'œil à mes documents, ils ont vu la longue liste de références et ils se sont mis à bailler. Toutefois, si le comité souhaite que je cite les références à ces affirmations, je serai très heureux de répondre à ses désirs. Ce n'est pas un problème.

**Le sénateur Robertson:** Pour en venir à des questions très terre à terre que le public connaît très bien — et nous faisons allusion au public parce que la plupart d'entre nous ont des rapports de longue date avec la population, dans une fonction ou dans une autre — l'un des deux facteurs dont nous entendons sans cesse parler est celui des longs délais nécessaires pour obtenir des soins. La plupart des gens sont assez satisfaits une fois qu'ils sont entrés dans le système, mais ils s'inquiètent d'avoir à attendre leur tour pour obtenir des diagnostics assez importants de leurs problèmes. Bien entendu, l'autre facteur est celui de la pénurie de professionnels.

J'écoute très attentivement, quelle est votre interprétation de ces deux problèmes?

[Français]

**M. Migué:** Monsieur le président, si je peux intervenir, j'ai pris pour acquis que les deux dimensions que vous avez soulevées témoignaient des déficiences fondamentales de notre régime. Ces déficiences découlaient de ce que les incitations qui s'exercent sur toutes les parties au système de santé, c'est-à-dire sur les consommateurs, sur les offreurs de services, médecins, hôpitaux, cliniques, sur les politiciens, sur les bureaucrates, étaient mauvaises. Chacun avait intérêt à adopter des comportements inefficaces. Si bien que pour y remédier, il faut restaurer à la fois la souveraineté des consommateurs et en même temps, faire en sorte qu'ils puissent exprimer leurs vraies préférences. Il faut donc réinstaurer dans le système, à la fois le choix des consommateurs et la concurrence, et l'augmentation de la capacité du système, en termes d'offeurs. En réintroduisant la souveraineté des consommateurs et le financement individuel avec l'économie, il va y avoir appel de services supplémentaires.



As a result, there will be more doctors, more services, diagnoses and equipment, treatments and diagnoses, and the capacity of the system will increase. Waiting lines will also be reduced, as observed in Europe and elsewhere.

[English]

**Senator Robertson:** Are you then looking at a public and private payer in your model?

**Mr. Migué:** For sure, but in my model, individuals express their wish, using their purchasing power, to public and private suppliers.

**Senator Robertson:** You find there is no contradiction there?

**Mr. Migué:** Not at all. As a matter of fact, it is common practice almost across the world.

**Senator Robertson:** I understand that, except for here.

**Mr. Migué:** Except for here, and I think Cuba and North Korea are also exceptions.

**Senator Robertson:** Yes, the exceptions. I just wanted to be very clear where you were coming from, sir.

**The Chairman:** I do not think we will pursue that line of questioning.

**Dr. Soderstrom:** Can I just respond briefly to that question? I do not think there is any magic solution to waiting lists by going the route of user charges or private insurance. Perhaps we have a lot to learn, though, from some experiences in Ontario. I think somewhere in Volume 4, you make reference to the very positive experience in Ontario with better-managed waiting lists for cardiac patients, and I am surprised that the report did not make more use of that experience. There you are getting a sense that if you have a better-managed system, you can in fact deal with some of these waiting list problems fairly effectively. These waiting lists often exist in situations where things are not being well managed.

**Senator Robertson:** Therefore, we have to have better management to balance the system.

**Senator Keon:** I cannot resist. That Cardiac Care Network was designed by a very brilliant person; that is why it worked.

**The Chairman:** Who happens to be asking the question.

**Senator Keon:** Mr. Migué, you began to extol the virtues of managed care, but because of the lack of time, you did not go on. Would you expand a little on managed care and the contribution you think it has made, because I have also heard it severely criticized, by the medical profession in particular.

**Mr. Migué:** What I have read on this topic states that managed care is the greatest institutional innovation in health care in the last 50 years, and its first most important contribution has been to combine production of services with insurance. People in the system have an interest in economizing; that is, not wasting

Donc, on aura plus de médecins, plus de services, de diagnostics et d'équipements, de traitements et de diagnostics, et la capacité du système augmentera. Les files d'attente vont donc être atténuées, comme on l'observe en Europe et un peu partout.

[Traduction]

**Le sénateur Robertson:** Dans ce cas, est-ce que vous pensez à un payeur public et privé dans votre modèle?

**M. Migué:** Bien sûr, mais dans mon modèle, les particuliers expriment leurs désirs, ils se servent de leur pouvoir d'achat, à l'endroit des fournisseurs des secteurs public et privé.

**Le sénateur Robertson:** Vous ne trouvez pas qu'il y a une contradiction?

**M. Migué:** Pas du tout. En réalité, c'est monnaie courante dans pratiquement le monde entier.

**Le sénateur Robertson:** Je comprends, sauf ici.

**M. Migué:** Oui, sauf ici, et je pense que Cuba et la Corée du Nord figurent aussi parmi les exceptions.

**Le sénateur Robertson:** Oui, les exceptions. Je voulais simplement m'assurer de bien comprendre votre point de vue, monsieur.

**Le président:** Je ne pense pas que nous allons poursuivre sur cette lancée.

**M. Soderstrom:** Permettez-moi seulement de répondre brièvement à cette question. Je ne pense pas qu'en empruntant la voie de la facturation à l'utilisateur ou de l'assurance privée on ait trouvé une solution magique pour éliminer les listes d'attente. Peut-être avons-nous beaucoup à gagner, en revanche, si l'on se fie à certaines expériences réalisées en Ontario. Je pense que quelque part dans le Volume 4, vous faites allusion à l'expérience très positive qui a été faite en Ontario avec une meilleure gestion des listes d'attente pour les patients de cardiologie. Je suis surpris que dans votre rapport vous n'ayez pas fait une plus grande utilisation de cette expérience. Elle nous enseigne qu'avec un système mieux géré on peut de fait atténuer passablement les problèmes de liste d'attente. Ces listes d'attente se présentent souvent dans des contextes où l'administration laisse à désirer.

**Le sénateur Robertson:** Donc, nous aurions intérêt à mieux gérer le système pour pouvoir l'équilibrer.

**Le sénateur Keon:** Je suis incapable de résister. Le réseau Cardiac Care Network a été conçu par une personne très brillante; c'est la raison pour laquelle il fonctionne bien.

**Le président:** Et regardez qui pose la question.

**Le sénateur Keon:** Monsieur Migué, vous avez commencé à nous chanter les louanges des soins gérés, mais par manque de temps, vous n'avez pas pu poursuivre. Voudriez-vous élaborer un peu sur le sujet des soins gérés et sur la contribution que selon vous ils ont apportée, parce que j'ai aussi entendu de sévères critiques à leur endroit, de la part du corps médical en particulier.

**M. Migué:** Mes lectures sur le sujet disent que les soins gérés sont la plus fantastique innovation institutionnelle qui ait été apportée aux soins de santé depuis les cinquante dernières années, et que leur plus importante contribution a consisté à combiner la production des services avec l'assurance. Les gens qui font partie

resources, not over-consuming and not allowing physicians to over-produce. Often, but not always, the doctors' remuneration is generated differently. Also, competition is maintained to the extent possible in health care.

Theoretically, we have the best of both worlds.

[Translation]

**Mr. Migué:** The obligation of having agents in the system who are concerned with saving cannot be avoided. Under the current system, there are none. In our system, we are faced with the wrong incentives, and consumers feel the need to over-consume, and producers to overproduce. Capacity has been blocked: capacity is static. The number of hospitals, rooms, doctors, et cetera, is predetermined, and of course, consumers line up, which results in a reduction of quality.

This is very harmful in terms of individual sovereignty and supremacy. The managed care system, on the other hand, introduces awareness of costs while maintaining competition and, hypothetically, consumer sovereignty. At any rate, savings were real.

[English]

**Senator Keon:** It is interesting that the American Medical Association managed to get that right up front on the agenda of the last presidential election. President Bush referred to it several times.

**Mr. Migué:** That is it.

**Senator Keon:** He said that he would like to see the system go back to the point where decisions were made between the patients and their doctor. Nothing has happened, to the best of my knowledge, on that, but certainly there was tremendous resistance to that in America.

Mr. Soderstrom, will you comment on it from a health economics point of view?

**Dr. Soderstrom:** There are some interesting features in managed care, but let me approach the question from a little larger context.

One of the things that I think the American experience teaches us is the importance of good management in a health care system. Prior to the managed care plans, as you probably well know, there was extensive experience with HMOs, which were controversial, but they were very attractive to many health planners. To my way of thinking, the key feature of the HMOs, and the reason for their success and why they were copied by the managed care operations, was that they had good management, with good responsibilities, good incentives and good information. Managed care has tried, to some extent, to replicate that. I think we could learn a lot in Canada about the importance of good management.

du système ont intérêt à économiser, c'est-à-dire à ne pas gaspiller les ressources, à ne pas surconsommer et à ne pas laisser les médecins produire de façon excessive. Il arrive souvent, quoique pas toujours, que la rémunération des médecins soit générée différemment. Aussi, la concurrence est maintenue dans la mesure du possible dans les soins de santé.

En théorie, ce système permet de gagner sur tous les tableaux.

[Français]

**M. Migué:** On ne peut pas échapper à l'obligation d'avoir des agents dans le système qui soient soucieux d'économiser. Sous le régime actuel il n'y en a pas. Dans notre régime, on fait face aux mauvaises incitations et les consommateurs ont intérêt à surconsommer et les producteurs à surproduire. On a bloqué la capacité, la capacité est fixe. On fixe le nombre d'hôpitaux, le nombre de chambres, le nombre de médecins, et cetera et, évidemment, les consommateurs font la queue et il en résulte une baisse de qualité.

C'est très néfaste dans la perspective de la souveraineté et de la suprématie des individus. Tandis que le régime de «manage care» introduit la prise de conscience des coûts, tout en maintenant la concurrence et, hypothétiquement, la souveraineté des consommateurs. L'économie a été réelle en tout cas.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Je trouve intéressant que l'American Medical Association ait réussi à mettre cet enjeu au programme des dernières élections présidentielles. Le président Bush s'y est référé à plusieurs reprises.

**M. Migué:** Oui, en effet.

**Le sénateur Keon:** Il a déclaré qu'il aimerait voir le système revenir à l'époque où les décisions étaient prises par le médecin et son patient. À ma connaissance, il n'y a pas eu de développements sur cette question, mais on a senti qu'elle suscitait une énorme résistance en Amérique.

Monsieur Soderstrom, voulez-vous faire un commentaire du point de vue de l'économie de la santé?

**M. Soderstrom:** Les soins gérés comportent des caractéristiques intéressantes, mais permettez-moi d'aborder la question dans une perspective plus large.

Selon moi, l'un des enseignements à retirer de l'expérience américaine est qu'il est important de bien gérer un système de soins de santé. Avant les régimes de soins gérés, on avait réalisé des expériences poussées avec les OSSI, qui ont suscité beaucoup de controverse, comme vous le savez probablement, mais elles avaient beaucoup d'attraits pour bien des planificateurs des soins de santé. À mon point de vue, la principale caractéristique des OSSI, qui est aussi la raison de leur succès et pour laquelle elles ont été copiées par les soins gérés, est qu'elles étaient bien gérées, qu'elles reposaient sur de bonnes responsabilités, de bonnes incitations et une bonne information. Les soins gérés ont essayé, dans une certaine mesure, de reproduire ces traits caractéristiques. Je pense que nous avons beaucoup à apprendre ici au Canada sur l'importance de la bonne gestion.



In various things that I have written, for example, for the commissions here in Quebec, I have suggested various ways in which we could capitalize on those ideas. The idea here is the importance of having good health system management, if we are going to have a system. It deals with the waiting list problem, as well as a lot of others. My fundamental concern with the Canadian health care system today is on the management level.

**The Chairman:** I have a question for the two of you, but perhaps most importantly, for Professor Soderstrom. It has to do with research that is comparable and relevant in Canada. I do not know the answer to this, so it is a genuine question. Given that the Canadian system and value structure are much more similar to that in most European countries, or even in Australia, to what extent can U.S. research results on, for example, the pros and cons of for-profit institutions, be extrapolated to Canada?

I ask the question because it seems to me that in the U.S., which does not have a universal system except for medicare patients — so ignoring people over 65 for a second — the attitude of the profession is quite different from the Canadian attitude. The set of values of the Canadian profession is somewhere between the European set of values and the American set of values. Therefore, I have always been a little hesitant about just taking U.S. results and extrapolating them to Canada.

Am I right to be leery, or can I just assume that if something is true in U.S. literature, it is automatically true in Canada?

**Dr. Soderstrom:** No. The key thing here is to decide what you are trying to extrapolate. I would be concerned about trying to extrapolate the experience with managed care in the United States to the Canadian context, for exactly the kinds of reasons that you listed. I have no problem there. However, when we are talking about private versus public insurance and the potential for high administrative costs with private insurance, I think one can extrapolate those results without great difficulty.

I think you have to be a little more careful when talking about the cost differences between for-profit and non-profit hospitals. That is a kind of middle ground.

**The Chairman:** That is partly why I asked the question.

**Dr. Soderstrom:** Yes, and the reason I say that is that the studies are comparing American for-profits with American non-profits. The Canadian non-profits are different from their American counterparts, in part because they have already been squeezed financially now for 20 to 25 years, depending upon where you want to start the clock. Arguably, they might be functioning better than their American counterparts, which would suggest that the Canadian non-profits might be more efficient.

Dans bon nombre de mes écrits, par exemple pour des commissions, ici au Québec, j'ai suggéré divers moyens qui permettent de tirer parti de ces idées. Et il s'agit justement de comprendre l'importance de bien gérer le système, si nous tenons à avoir un système. En gérant bien le système, on réglerait le problème des listes d'attente, et bien d'autres problèmes. Ma préoccupation fondamentale au sujet du système de soins de santé canadien aujourd'hui est la qualité de la gestion.

**Le président:** J'ai une question qui s'adresse à vous deux, encore que peut-être davantage au professeur Soderstrom. Elle concerne la recherche qui est comparable et pertinente au Canada. Je ne connais pas la réponse, donc c'est une vraie question. Étant donné que le système canadien et sa structure de valeurs sont beaucoup plus proches de ceux de la plupart des pays européens, ou même de l'Australie, dans quelle mesure les résultats de recherches effectuées aux États-Unis, par exemple sur les pour et les contre des institutions à but lucratif, peuvent-ils être extrapolés au Canada?

Je pose la question parce qu'il me semble qu'aux États-Unis, où l'on ne dispose pas d'un système universel, sauf pour les patients du régime public d'assurance-maladie — donc, oublions pour un instant les personnes âgées de 65 ans et plus — l'attitude de la profession est très différente de celle que l'on retrouve au Canada. L'échelle des valeurs de la profession au Canada se situe quelque part entre l'échelle des Européens et celle des Américains. Par conséquent, j'ai toujours été un peu réticent à ce que l'on transpose directement les résultats des études effectuées aux États-Unis à la situation canadienne.

Ai-je raison de me méfier, ou puis-je tout simplement supposer que si la documentation de recherche américaine donne certains résultats, ces résultats pourraient s'appliquer automatiquement au Canada?

**M. Soderstrom:** Non. Il faut faire attention dans ce cas à ce que vous essayez d'extrapoler. J'aurais des réticences si l'on tentait d'extrapoler l'expérience des soins gérés réalisée aux États-Unis dans le contexte canadien, pour exactement les mêmes raisons que celles que vous venez d'énumérer. Pour moi, ça ne fait aucun doute. Toutefois, lorsque nous comparons l'assurance privée et l'assurance gouvernementale, et l'éventualité que des frais administratifs élevés soient associés à l'assurance privée, je pense que l'on peut extrapoler ces résultats sans grande difficulté.

À mon avis, il faut être un peu plus prudent lorsqu'il s'agit de comparer les différences de coûts entre les établissements hospitaliers à but lucratif et ceux à but non lucratif. Il faut trouver un entre-deux.

**Le président:** C'est en partie pourquoi je posais la question.

**M. Soderstrom:** Oui, et la raison pour laquelle je dis ceci est que les études comparent des établissements américains à but lucratif avec des établissements américains à but non lucratif. Les établissements canadiens à but non lucratif sont différents de leurs pendants américains, en partie parce qu'ils subissent des compressions budgétaires depuis un bon 20 à 25 ans maintenant, dépendant du moment où vous commencez à calculer. Il est donc permis de penser que les établissements canadiens pourraient

which in turn would underscore my earlier point about nothing being gained by going the for-profit route.

**The Chairman:** Then let me just ask you one last question, because I think certainly Dr. Migué would argue that — and I use a different terminology here — the money should follow the patient, not go to the institution. Professor Soderstrom, you made the argument that the single-payer system is more efficient, and I do not think that anybody argues with that.

What are your views on separating the payer from the producer of the services, which essentially combines both ideas? In other words, a hospital would not get a global budget, but it would be paid for the services it performed. The patient would still be covered by public funds because it is a universal, publicly funded system. Do either of you have any comment on that structure?

**Dr. Soderstrom:** I would have no problem with that. In principle, I see no problem with that sort of a scheme. I would ask, is there some evidence that would lead us to think that that would actually improve the performance of the system?

**The Chairman:** Well, it would certainly improve patient choice.

**Dr. Soderstrom:** Yes, it would.

**The Chairman:** That is worth something.

**Dr. Soderstrom:** I agree, but one has to remember here that you have to be careful on patient choice. Patients currently have a choice, I can go to the Royal Victoria or I can go to the Montreal General. The thing that really determines what hospital I go to is not so much my preference, as where my physician has admitting privileges. That is what tends to operate, and I think that is true of most of the American schemes. Going back to your basic idea, there is nothing wrong with that. I think hospital care is probably a very good example of where perhaps there should be a greater tendency towards having dollars follow the patients.

**The Chairman:** Okay, but then it would follow, I presume, that you would not care who owned those institutions?

**Dr. Soderstrom:** Oh, absolutely not. That is not an issue. The issue here is not who owns it; it is a question of what are the results.

**The Chairman:** All I am saying is, in the model I suggested, where the price for a hip replacement was paid to whatever institution the patient went to, the public-versus-private issue does not arise because you do not care whether the institution is public or private?

**Dr. Soderstrom:** Not on the level of principle, no.

donner un meilleur rendement que leurs voisins américains, ce qui pourrait suggérer que les établissements canadiens à but non lucratif sont plus efficaces, et cette constatation viendrait ajouter à ma première observation comme quoi il n'y a rien à gagner en empruntant la voie de la privatisation.

**Le président:** Alors, permettez-moi de vous poser une dernière question, parce que je pense que M. Migué voudra certainement faire valoir — et j'utilise une terminologie différente ici — que l'argent doit suivre le patient, plutôt que d'aller à l'institution. Professeur Soderstrom, vous avez affirmé que le système à payeur unique est plus efficace, et je pense que tout le monde est d'accord avec vous.

Mais que pensez-vous de l'idée de séparer le payeur du producteur de services, ce qui revient essentiellement à combiner les deux options? Autrement dit, un hôpital ne recevrait pas de budget global, mais il serait rémunéré pour les services rendus. Le patient serait toujours couvert par les fonds publics parce que nous nous trouvons dans un régime universel financé par les deniers publics. L'un d'entre vous veut-il faire un commentaire sur cette structure?

**M. Soderstrom:** Je n'aurais aucune objection à cette structure. En principe, je ne vois pas quel serait le problème si nous adoptions un scénario de ce type. Je demande seulement si nous disposons d'éléments probants nous permettant de penser que cette structure améliorerait vraiment le rendement du système.

**Le président:** Et bien, elle améliorerait certainement les possibilités du patient de faire un choix.

**M. Soderstrom:** En effet.

**Le président:** C'est tout de même quelque chose.

**M. Soderstrom:** Je suis d'accord, mais il ne faut pas oublier que vous devez faire attention en ce qui concerne le choix donné au patient. Actuellement, les patients ont le choix. Je peux me rendre au Royal Victoria ou encore à l'Hôpital général de Montréal. Ce qui détermine vraiment dans quel hôpital je vais me rendre, ce n'est pas tellement ma préférence comme l'endroit où mon médecin dispose de privilèges d'admission. Voilà les éléments qui jouent vraiment, et je pense que la situation est la même dans la plupart des scénarios américains. Si nous revenons à votre idée de départ, je n'y trouve rien à redire. À mon sens, les soins hospitaliers sont probablement un très bon exemple d'un secteur où l'on aurait avantage à faire en sorte que les dollars suivent les patients.

**Le président:** Très bien, mais alors je suppose que dans ce cas il vous est égal de savoir qui est propriétaire de ces institutions?

**M. Soderstrom:** Oh, absolument. Ce n'est pas important. Ce qui compte, ce n'est pas tellement qui en est propriétaire, mais plutôt quels sont les résultats.

**Le président:** Ce à quoi je veux en venir, c'est que dans le modèle que j'ai suggéré, où le prix à payer pour le remplacement d'une hanche est versé à l'institution où le patient s'est rendu, la question de faire affaire avec un établissement public ou privé ne se pose pas parce que, pour vous, ça n'a aucune importance?

**M. Soderstrom:** En principe, non.



**The Chairman:** I always worry when people say "the level of principle, but..."

**Dr. Soderstrom:** No, no, no. I want to be consistent here. Our decisions about what kind of institutions we have ought to be dictated by what we know about the effects of different kinds of institutions on equity and efficiency. That is my point.

**The Chairman:** I thank the two of you for coming. That was very helpful.

Senators, our next panel, from the Montreal Economic Institute, consists of Dr. Edwin Coffey, who is the former president of the Quebec Medical Association, and Michel Kelly-Gagnon, the executive director of the institute.

Thank you very much for coming.

[Translation]

**Mr. Michel Kelly-Gagnon, Executive Director, Montreal Economic Institute:** Thank you for accepting to hear us; this is an honour for us. I am the Executive Director of the Montreal Economic Institute. The Montreal Economic Institute is a private and independent think tank which is the Quebec counterpart of the C.D. Howe Institute, or other similar organizations.

Our operations began on June 1, 1999, and we operate on an annual budget of approximately \$500,000. For those who are interested in knowing more about the Montreal Economic Institute, please refer to the blue corporate brochure that was probably distributed to you.

Before presenting Dr. Coffey and leaving him the floor, I would like to share with you a brief observation, which is very simple but, I believe, nonetheless crucial. I am sure you are aware of this observation of people as distinguished and knowledgeable as you are. However, it is sometimes useful to outline certain key elements, with a yellow marker or red pencil, to allow the Canadian population to be exposed to this distinction when your report is made public.

If we want to have a rational and constructive debate on an eventual reform of the health system, a distinction must absolutely be made between two very distinct things: first, a state monopoly on health care insurance and production in Canada, and second, the universality of health care. I use this term not in a technical or legal sense, but to refer to the principle according to which all Canadians, regardless of their income level, have access to a reasonable basket of quality health care services within a reasonable time.

I make this remark because, since I have been observing the debate on this issue, I have observed that there are different groups, different people, and different political parties who constantly maintain the confusion between the two concepts. Both ideas may have merits. These are two distinct principles: state monopoly is one thing, and universality in health care is another.

**Le président:** Je m'inquiète toujours lorsque quelqu'un dit: «en principe non, mais...»

**M. Soderstrom:** Non, non, non. Je veux seulement être logique. Nos décisions concernant le type d'institution dont nous voulons nous doter doivent reposer sur ce que nous savons des effets que divers types d'institutions auront sur l'équité et l'efficacité. Voilà mon point de vue.

**Le président:** Je vous remercie tous les deux de vous être déplacés. Vos commentaires nous sont très utiles.

Chers collègues, nos prochains témoins sont de l'Institut Économique de Montréal. Il s'agit de M. Edwin Coffey, qui est l'ex-président de l'Association médicale du Québec, et de M. Michel Kelly-Gagnon, qui est directeur exécutif de l'Institut.

Merci d'être venus témoigner.

[Français]

**M. Michel Kelly-Gagnon, directeur exécutif, Institut économique de Montréal:** Merci d'avoir accepté de nous entendre, nous en sommes honorés. Je suis directeur exécutif de l'Institut économique de Montréal. L'Institut économique de Montréal est un «think tank» privé et indépendant qui se veut le pendant québécois du C.D. Howe Institute, ou autre organisme semblable.

Nous avons débuté nos opérations le 1<sup>er</sup> juin 1999, et opérons sur la base d'un budget annuel d'environ 500 000 \$. Pour ceux qui sont intéressés à en savoir davantage sur l'Institut économique de Montréal, je vous réfère au dépliant corporatif bleu qui vous a probablement été distribué.

Avant de présenter le docteur Coffey et de lui céder la parole, je voudrais partager avec vous une brève observation, toute simple, mais qui me semble quand même cruciale. Je suis certain que vous êtes au courant de cette observation de gens aussi distingués et connaissants que vous. Cependant, parfois il est bon de marquer, avec un marqueur jaune ou avec un crayon rouge, certains éléments clés, afin que lorsque votre rapport sera rendu public on puisse permettre à la population canadienne d'être exposée à cette distinction.

Si nous voulons avoir un débat rationnel et constructif concernant une éventuelle réforme du système de santé, il faut absolument apprendre à faire la distinction entre deux choses bien distinctes, soit d'une part, un monopole étatique sur l'assurance et la production des soins de santé au Canada et, d'autre part, l'universalité des soins de santé. J'utilise ici ce terme non dans un sens technique ou juridique, mais pour me référer au principe selon lequel tous les Canadiens, nonobstant leur niveau de revenus, ont accès à un panier raisonnable de soins et de services de santé de qualité, à l'intérieur d'un délai raisonnable.

Je fais cette remarque parce que depuis que j'observe le débat sur la question, j'observe qu'il y a différents groupes, différentes personnes et différents partis politiques qui entretiennent constamment la confusion entre les deux. Il peut y avoir peut-être des mérites pour les deux pensées. Ce sont deux principes distincts: le monopole d'état c'est une chose, l'universalité des soins de santé, une autre.

The experience of the vast majority of OECD countries proves the point I am making, i.e. countries like France or Germany have universality in health care without the monopoly as we know it. If the report outlined very clearly this aspect so that everybody could make the distinction in the future, you would have accomplished something great.

Without further delay, I am pleased to introduce Dr. Edwin Coffey.

[English]

Dr. Coffey is a research associate at the Montreal Economic Institute, a retired associate professor at the Faculty of Medicine of McGill University, and also the co-author of "Universal Private Choice," a publication of ours that inspired our brief, of which I think we sent some copies to your committee. If that is not the case, we can make sure to provide you with both French and English versions of that publication.

**Dr. Edwin Coffey, Retired Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University, and Former President of the Quebec Medical Association:** First, I would like to thank you for inviting us to share our comments and suggestions concerning the state of Canada's health care system and the roles and objectives of the federal government in health care reform as proposed by your committee.

Rather than reporting a litany of well-known problems and shortages in the system, we will concentrate on policy options and suggestions for improving the legislative and economic environment in which Canada's health care system is situated. Such improvements and modernization will permit and encourage pluralistic and alternative methods of public and private financing, insuring and delivery of medical and hospital services. We consider this to be the best overall approach to achieving the goals and objectives of the first five federal roles in health care described in your interim report on issues and options.

We are generally in agreement with these roles and objectives, but there are some minor exceptions. For instance, in the financing role, under the transfer of funds for provision of health services, we have suggested a rewording, a bundling together, and a reduction of the objectives to three from four. This would better motivate legislators to rescind the provisions in their health and hospital insurance legislation that now prohibit private, alternative health insurance and private contracting of medical services in hospitals.

In the same section, we suggest the promotion of sustainable reform and renewal in the public, private, and mixed public-private systems of health care and health insurance. This will better ensure quality, access and free choice in health services

D'ailleurs l'expérience de la très grande majorité des pays de l'OCDE nous prouve le point que je vous souligne, c'est-à-dire que des pays comme la France ou l'Allemagne ont une universalité des soins de santé, sans avoir un monopole tel que nous le connaissons. Et si le rapport mettait bien clairement en relief cet aspect pour qu'à l'avenir tout le monde fasse la distinction, ce serait déjà une grande oeuvre que vous auriez accomplie.

Sans plus tarder, il m'est agréable de vous présenter le docteur Edwin Coffey.

[Traduction]

Dr Coffey est attaché de recherches à l'Institut Économique de Montréal, professeur adjoint retraité de la Faculté de médecine de l'université McGill, et aussi coauteur d'une de nos publications intitulée *Universel Private Choice*, dont nous nous sommes inspirés pour la rédaction de notre mémoire. Je pense que nous vous en avons transmis quelques exemplaires. Sinon, nous pouvons vous en faire parvenir quelques-uns en français et en anglais.

**Dr Edwin Coffey, professeur adjoint retraité de la Faculté de médecine, Université McGill, et ex-président de l'Association médicale du Québec:** Premièrement, je tiens à vous remercier de nous avoir invités à vous communiquer nos observations et nos suggestions concernant l'état du système de soins de santé du Canada, ainsi que les rôles et les objectifs de l'administration fédérale dans la réforme des soins de santé, telle qu'elle a été proposée par votre comité.

Plutôt que de débiter la litanie habituelle des problèmes et des pénuries que l'on connaît dans le système, nous nous concentrerons sur les possibilités d'actions et les suggestions qui permettraient d'améliorer le contexte législatif et économique dans lequel évolue le système de soins de santé du Canada. Ces améliorations et ces modernisations permettraient et favoriseraient l'adoption de méthodes pluralistes et nouvelles d'assurer le financement public et privé et d'offrir de l'assurance et la prestation de services médicaux et hospitaliers. Nous considérons qu'il s'agit de la meilleure approche pour atteindre les buts et les objectifs découlant des cinq premiers rôles de l'administration fédérale dans le domaine des soins de santé que vous décrivez dans votre rapport intérimaire sur les questions et les options.

De façon générale, nous approuvons ces rôles et ces objectifs, à quelques exceptions près. Par exemple, en ce qui concerne le rôle du financement, pour ce qui est du transfert de fonds pour la prestation des services de santé, nous avons suggéré une reformulation, un regroupement et une réduction des objectifs de quatre à trois. Ainsi, on motiverait davantage les législateurs à abroger les dispositions de leur législation relative à l'assurance-maladie et hospitalisation qui actuellement interdisent d'avoir recours à une autre forme d'assurance-maladie et à la sous-traitance au secteur privé des services médicaux dans les hôpitaux.

Dans la même section, nous suggérons de faire la promotion d'une réforme durable et d'un renouvellement des régimes publics, privés, et mixtes publics et privés de soins de santé et d'assurance-maladie. On assurerait ainsi une meilleure qualité, un



than simply providing stable funding of the status quo, which does not necessarily ensure sustainability nor foster reform and renewal.

Under the infrastructure role, we have suggested a rewording of the final objective concerning the planning of human resources. This would motivate the provinces and territories to remove unreasonable restrictions on the free movement and location of physicians and allied personnel, and encourage the provinces to rely less on outmoded practices of central planning and social engineering.

Finally, we would direct your attention to the Montreal Economic Institute's recently published proposal for health system reform in Canada, entitled "Universal Private Choice: Medicare Plus," a concept of health care with quality, access and choice for all Canadians. This approach to universal access through parallel public and private health care and health insurance systems is somewhat like the European approach. I had originally said "surprisingly," but I scratched that out. It is compatible with most of your committee's objectives. It awaits a rigorous field trial, however, and an evaluation along the lines suggested for pilot projects under the federal role in research and evaluation.

That concludes my introductory remarks, and we would entertain any questions.

**The Chairman:** I have a question on your latter point. Would not the kind of pilot project you want violate the principles of the Canada Health Act as they now stand? The pilot projects for primary care reform that the federal and provincial governments agreed to a little over a year ago were all to be consistent with the Canada Health Act.

**Dr. Coffey:** Yes.

**The Chairman:** The kind of pilot project you are talking about requires a change because it would be outside the Canada Health Act.

**Dr. Coffey:** Yes.

**The Chairman:** Unfortunately, the Canada Health Act does not give the minister the right to allow certain things to be done outside the act on an experimental basis, in other words, not to change the act, but to say, "Here is a new way of looking at the delivery. Let's try it, even though it violates the Canada Health Act. We will allow it to happen purely as a pilot project." The minister does not have the flexibility to do that. I am not arguing that he should not have that flexibility; I am just telling you that he does not. In order to do the kind of thing you are talking about, there would have to have that flexibility, right?

meilleur accès et le libre choix des services de santé plutôt que de simplement fournir un financement stable du statu quo, qui ne garantit pas nécessairement la durabilité ni ne favorise la réforme et le renouvellement.

En ce qui concerne le rôle de l'infrastructure, nous avons suggéré une reformulation de l'objectif final ayant trait à la planification des ressources humaines. Ainsi, on inciterait les provinces et les territoires à éliminer les restrictions déraisonnables sur la libre circulation et la situation des médecins et du personnel connexe, et on encouragerait les provinces à avoir moins recours aux pratiques dépassées que sont la planification centrale et la sociologie appliquée.

Enfin, nous aimerions attirer votre attention sur un document que vient de publier l'Institut Économique de Montréal qui est une proposition de réforme du régime de santé au Canada, intitulé «Universal Private Choice: Medicare Plus, a concept of health care with quality, access and choice for all Canadians». Cette approche de l'accessibilité universelle obtenue au moyen de régimes parallèles publics et privés de soins de santé et d'assurance-maladie est assez semblable à celle retenue par les Européens. J'avais au départ écrit «curieusement», mais je l'ai biffé. Cette proposition est compatible avec la plupart des objectifs de votre comité. Elle n'a toutefois pas fait l'objet d'essais pratiques rigoureux et d'une évaluation en fonction des critères suggérés pour les projets pilotes réalisés en fonction des exigences fédérales en matière de recherche et d'évaluation.

Voilà qui clôt mes remarques préliminaires, et nous sommes prêts à répondre à vos questions.

**Le président:** J'ai une question sur votre dernier point. Est-ce que le projet pilote dont vous parlez n'enfreindrait pas les principes de la Loi canadienne sur la santé dans leur version actuelle? Les projets pilotes visant la réforme des soins primaires auxquels les gouvernements fédéral et provinciaux ont consenti il y a un peu plus d'un an étaient tous conformes à la Loi canadienne sur la santé.

**Dr Coffey:** Oui.

**Le président:** Le type de projet pilote que vous suggérez nécessite un changement parce qu'il se situe en dehors des dispositions de la Loi canadienne sur la santé.

**Dr Coffey:** Oui.

**Le président:** Malheureusement, la Loi canadienne sur la santé ne donne pas au ministre le droit de laisser certaines choses s'accomplir malgré les dispositions de la loi, même sur une base expérimentale, autrement dit, non pas de changer la loi, mais de pouvoir dire: «Voici une nouvelle approche de la prestation. Essayons-la, même si elle enfreint la Loi canadienne sur la santé. Nous allons l'essayer seulement à titre de projet pilote.» Le ministre ne dispose pas de la latitude nécessaire pour permettre la tenue de ces projets pilotes. Je ne dis pas qu'il ne devrait pas disposer de cette latitude, j'affirme seulement qu'il ne l'a pas. Pour pouvoir essayer le genre de projet dont vous parlez, il faudrait que l'on dispose de cette marge de manoeuvre, n'est-ce pas?

**Dr. Coffey:** That is right. We would have to do what all the other countries in the world have essentially been doing for 40 years, that is, experimenting with health systems financing.

**The Chairman:** Right.

**Dr. Coffey:** Unfortunately, since the Medical Care Act, we have not had any health system experimentation in Canada.

**The Chairman:** Health system financing experimentation?

**Dr. Coffey:** In financing, yes.

**The Chairman:** Now you could not do that. Prior to '84, you actually could. You could have experimented.

**Dr. Coffey:** Well, you could not in Quebec.

**The Chairman:** No, you could not. In any event, you cannot because of the Canada Health Act.

**Dr. Coffey:** Yes.

**The Chairman:** All I am saying is, people did start experimenting in the late 70s and early 80s.

**Dr. Coffey:** Yes. I suppose we might consider that they are approaching an experimental model in Alberta, if they are able to move it forward.

**The Chairman:** On that, by the way — and I look at Senator Morin and Senator Keon when I say this — when we made our western circuit, we heard from people running private clinics in Manitoba, Alberta and British Columbia. The people from Manitoba and British Columbia both said that the last place they would go to start a private clinic would be Alberta, because of the famous Bill 11. It so constrains their options.

**Dr. Coffey:** That is right.

**The Chairman:** In fact, they said it was much worse than if Bill 11 had never been introduced in the first place.

**Dr. Coffey:** Yes. Newfoundland would be the ideal place.

**The Chairman:** Why?

**Dr. Coffey:** They have no prohibition against private health insurance, for one thing.

**The Chairman:** Is that the only province?

**Dr. Coffey:** No, there are six provinces that forbid private health insurance. In Newfoundland, I understand that even physicians who opted into the provincial plan can still opt out on an individual basis, if they and their patients are agreeable. Unfortunately, with the state of the economy, there is very little demand for private services.

**The Chairman:** You can always offer a choice, but there is no chance that anyone will take it, right?

**Dr. Coffey:** More or less, yes.

**Dr. Coffey:** C'est exact. Nous devrions faire ce que tous les autres pays du monde essaient de faire depuis 40 ans, c'est-à-dire expérimenter avec le financement des régimes de santé.

**Le président:** Tout à fait.

**Dr. Coffey:** Malheureusement, depuis l'adoption de la Loi canadienne sur la santé, nous n'avons réalisé aucune expérimentation dans le domaine du régime de santé au Canada.

**Le président:** Une expérimentation avec le financement du régime de santé?

**Dr. Coffey:** Avec le financement, oui.

**Le président:** C'était impossible. Avant 1984, vous pouviez expérimenter. Vous auriez pu le faire à cette époque.

**Dr. Coffey:** Et bien, pas au Québec.

**Le président:** Non, vous ne le pouviez pas. Quoi qu'il en soit, vous ne pouvez pas le faire à cause de la Loi canadienne sur la santé.

**Dr. Coffey:** C'est exact.

**Le président:** Tout ce que je dis, c'est que les gens ont commencé à faire des essais vers la fin des années 70 et au début des années 80.

**Dr. Coffey:** Oui. Je suppose que nous pourrions dire que l'on tente d'appliquer un modèle expérimental en Alberta, si on arrive à le faire progresser.

**Le président:** Justement, à ce sujet — et je regarde le sénateur Morin et le sénateur Keon en disant ceci — lorsque nous avons fait notre tournée dans l'Ouest, nous avons entendu des témoins qui exploitent des cliniques privées au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique. Les gens du Manitoba et de la Colombie-Britannique ont déclaré que le dernier endroit où ils songeraient à ouvrir une clinique privée serait l'Alberta à cause du fameux projet de loi 11. Ce projet restreint leurs options.

**Dr. Coffey:** C'est tout à fait vrai.

**Le président:** De fait, ils ont déclaré que les choses sont encore pires que si le projet de loi 11 n'avait jamais été présenté.

**Dr. Coffey:** Oui. Terre-Neuve serait l'endroit idéal.

**Le président:** Pour quelle raison?

**Dr. Coffey:** Parce qu'entre autres choses, la province n'a aucune interdiction à l'égard de l'assurance-maladie privée.

**Le président:** Est-ce la seule province?

**Dr. Coffey:** Non, six provinces interdisent l'assurance-maladie privée. À Terre-Neuve, je pense que même les médecins ayant choisi d'adhérer au régime provincial peuvent toujours décider de se retirer du programme à titre individuel, si leurs patients et eux-mêmes le désirent. Malheureusement, étant donné la situation économique, il y a très peu de demandes en vue d'obtenir des services privés.

**Le président:** Autrement dit, le choix existe, mais personne ne peut s'en prévaloir, c'est bien cela?

**Dr. Coffey:** En quelque sorte, oui.



**Senator Morin:** I would like to come back to the single-payer concept that was referred to earlier. Do you not think that having multiple payers will increase the complexity and the cost of the system? One of the major problems for U.S. providers, where they have multiple insurance companies, is that dealing with all the various plans does increase the complexity and the administrative costs. What is your opinion on that?

**Dr. Coffey:** This is, of course, the reason for experimenting with multiple providers and multiple payers. We do not have a Canadian base of knowledge to answer that question properly. Looking at Europe, where there are multiple providers, multiple payers and public-private parallel systems, it seems to work. Competition is a great leveler of administrative costs and so on. If you had health plans, health insurance, and even hospitals competing, if you had a completely open system with competition among hospitals, the management would certainly be efficient. That would be particularly true if the funding, both public and private, came with the patient rather than from the health authorities.

**Senator Morin:** It has been said that 75 per cent of any health care delivery system in a country is historical, and the reason that all these countries have private insurance and a private delivery system is historical. For example, in Britain, when the system was brought in there, there was so much opposition from the MDs and the "upper class" — Britain is far more class conscious than we are — to alleviate their fears, they brought in private health insurance. That was an historical compromise.

**Dr. Coffey:** Yes.

**Senator Morin:** Apparently, that was true in most European countries when these systems were brought in. In Canada, we do not have an upper class, I suppose — in any case, it was not brought in. Apparently, the main reason is historical, and our national health care system is also based on history. We really have the Saskatchewan system in Canada.

Therefore, I am not too sure we can follow what is being done in Europe as closely as that, as it was not a matter of logical, rational choice. It was more a matter of compromise when these national health schemes were brought into existence.

**Dr. Coffey:** Yes.

**Senator Morin:** Could we have your comments on that?

**Dr. Coffey:** One of the interesting things that I have observed over the last year or so is the stuff coming out of Sweden — and I assume you have looked at that — and particularly out of Stockholm. We had a conference here in Montreal last fall, and the data coming out of the Stockholm experiment were very

**Le sénateur Morin:** J'aimerais revenir au concept du payeur unique auquel vous avez fait allusion tout à l'heure. Ne pensez-vous pas qu'en optant pour un modèle à plusieurs payeurs on risque d'accroître la complexité et les coûts du système? L'un des principaux problèmes pour les fournisseurs aux États-Unis, où il existe un grand nombre de compagnies d'assurance, consiste à devoir traiter avec divers régimes d'assurance et c'est ce qui contribue à hausser les frais d'administration et à accroître la complexité. Quelle est votre opinion à ce sujet?

**Dr Coffey:** Voici, bien entendu, la raison pour laquelle il faut faire des expériences avec des régimes comportant de nombreux fournisseurs et de nombreux payeurs. Nous ne disposons pas d'éléments probants au Canada pour répondre correctement à cette question. En Europe, où l'on est en présence de nombreux fournisseurs, de nombreux payeurs et de régimes parallèles publics et privés, le modèle semble fonctionner. La concurrence est un important facteur de nivellement des frais d'administration et ainsi de suite. S'il existait une concurrence entre les régimes de santé, les régimes d'assurance-maladie et même les hôpitaux, il faudrait que la gestion soit efficace. Ce serait particulièrement vrai si le financement, à la fois public et privé, venait du patient plutôt que des autorités en matière de soins de santé.

**Le sénateur Morin:** On a dit qu'une proportion de 75 p. 100 du régime de prestation des soins de santé dans un pays donné est historique, et la raison pour laquelle tous ces pays ont des régimes d'assurance privés et des systèmes de prestation des soins privés est historique. Par exemple, en Grande-Bretagne, lorsque le régime a été mis en place, les médecins ont manifesté passablement d'opposition, de même que les Britanniques des «classes supérieures» — dans ce pays, on est beaucoup plus soucieux des barrières entre les classes que nous le sommes — aussi, pour calmer le jeu, on a introduit l'assurance-maladie privée. Ce fut un compromis historique.

**Dr Coffey:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Apparemment, ce fut le cas dans la plupart des pays européens où ces régimes ont été introduits. Au Canada, nous n'avons pas de classe supérieure, je suppose — mais de toute façon, la question n'a pas été soulevée. Il semble que la raison principale soit historique et notre régime national de soins de santé comporte lui aussi des fondements historiques. On peut dire que c'est le régime de la Saskatchewan qui prévaut au Canada.

Par conséquent, je ne suis pas sûr que l'on doive s'aligner trop étroitement sur ce qui se fait en Europe, parce que les justifications de départ n'étaient pas d'ordre logique, mais relevaient plutôt d'un choix rationnel. Il s'est donc agi davantage de trouver un compromis lorsque ces scénarios de régimes de soins de santé sont arrivés.

**Dr Coffey:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Avez-vous des commentaires à ce sujet?

**Dr Coffey:** Un projet intéressant que j'ai remarqué depuis un an à peu près émane de la Suède — et je suppose que vous vous y êtes arrêtés aussi — et particulièrement à ce qui se fait à Stockholm. L'automne dernier, nous avons tenu une conférence à Montréal, et les données qui nous sont parvenues de l'expérience

revealing. When I came across these data, which is the first time I have really seen anything on paper. I was very surprised.

For instance, all the nurses' unions in Stockholm are forming private companies now and contracting with governments as private providers, and the nurses are happy. Their morale is up, their productivity is up, and they are not so hung up on seniority. If you are a really good worker with a lot of skills, you move up a level in salary, and so on.

The other interesting thing is that of the seven — I think there are seven — large hospitals in Stockholm, one was sold to a private hospital company, and in the first two years, they were able to reduce their costs by 30 per cent.

**The Chairman:** I think that was St. George's Hospital

**Dr. Coffey:** Yes. That is right. St. Goran's. I guess that is "George" in English. That is one of the first impressive figures that I have seen. This is all with public money, this is an internal market concept, so that it is publicly funded, but the hospital is privately owned and managed, and their services are all contracted out to private operators. The ambulance service is contracted out, and the nurses, the lab techs, diagnostics, and even many of the physicians, are now forming small groups and contracting for services.

One of your senior members in the corner there will be interested to know that the average wait for heart surgery in the private hospitals is now two weeks, compared to 15 to 25 weeks in Sweden's public hospitals. These are in the outlying regions, where they are very conservative and still very much into the status quo of the social democratic model.

**Senator Morin:** My final question is, how is this hospital funded? How is St. George's Hospital funded?

**Dr. Coffey:** It is funded through patients who bring their funding with them.

**Senator Morin:** So the money follows the patients.

**Dr. Coffey:** Yes, it is public money, but it follows the patients.

**Senator Morin:** They are not necessarily coming from group primary care or a private care system? They do not have to be referred, necessarily?

**Dr. Coffey:** That is my understanding.

**Mr. Kelly-Gagnon:** I do recall we spoke with a gentleman who referred to Mr. Johan Hjertqvist, the gentleman who was working on the design and study of this so-called "Stockholm experiment," and he was explaining to me that their equivalent of our "communauté urbaine," their greater metropolitan areas, have the flexibility to deliver services in different ways, so they can make comparisons. The federal government in Sweden will impose and

de Stockholm étaient très révélatrices. Lorsque je suis tombé sur ces renseignements, et c'est la première fois que je peux lire un document écrit sur le sujet, j'ai été très surpris.

Par exemple, tous les syndicats d'infirmières de Stockholm ont formé des sociétés privées et acceptent de travailler en sous-traitance pour le gouvernement à titre de fournisseurs privés, et les infirmières sont satisfaites. Leur moral est à la hausse, leur productivité est à la hausse, et elles ne sont pas aussi à cheval sur l'ancienneté. Si vous êtes très efficace dans votre travail et que vous possédez un éventail de compétences, votre rémunération monte d'un cran, et ainsi de suite.

L'autre aspect intéressant est que parmi les sept — je pense qu'il y en a sept — gros hôpitaux de Stockholm, un a été vendu à une société hospitalière privée, et au cours des deux premières années, on a pu réduire les coûts de 30 p. 100.

**Le président:** Je pense que vous faites allusion à l'Hôpital St. George.

**Dr Coffey:** Oui. C'est exact, je crois que l'on dit le Saint Goran en suédois? Voici des chiffres qui comptent parmi les plus impressionnants que j'ai jamais vus. Et ces résultats ont été obtenus à partir de fonds publics, il s'agit d'un concept de marché interne, de sorte que l'hôpital est financé par le secteur public, mais il appartient à des intérêts privés et est géré comme tel, et les services sont donnés en sous-traitance à des exploitants du secteur privé. Les services ambulanciers sont impartis, de même que les soins infirmiers, les services de laboratoire, de diagnostics et même, bon nombre de médecins se sont réunis en petits groupes et offrent leurs services en sous-traitance.

L'un de vos collègues les plus âgés, dans le coin là-bas, sera heureux d'entendre que le délai d'attente moyen pour une chirurgie cardiaque dans les hôpitaux privés est actuellement de deux semaines, par comparaison à 15 à 25 semaines dans les hôpitaux du secteur public de la Suède. Ces hôpitaux se trouvent dans les régions éloignées, où l'on est très conservateur et où l'on tient encore beaucoup au statu quo du modèle social-démocrate.

**Le sénateur Morin:** Ma dernière question est celle-ci: comment cet hôpital est-il financé? D'où provient le financement de l'Hôpital St. George?

**Dr Coffey:** Il se finance par l'entremise des patients qui amènent leur financement avec eux.

**Le sénateur Morin:** Donc, l'argent suit les patients.

**Dr Coffey:** C'est cela, il s'agit de fonds publics, mais ils suivent les patients.

**Le sénateur Morin:** Ils ne proviennent pas nécessairement du secteur des soins primaires ou encore d'un régime de soins privés? Il n'est pas absolument nécessaire qu'ils aient été dirigés?

**Dr Coffey:** C'est ainsi que je le comprends.

**M. Kelly-Gagnon:** Je me rappelle en effet d'avoir parlé à quelqu'un qui nous mentionnait M. Johan Hjertqvist, le chercheur responsable de la conception et de la réalisation de cette soi-disant «expérience de Stockholm». Ce monsieur m'expliquait que l'équivalent chez eux de notre «communauté urbaine», c'est-à-dire les grandes agglomérations urbaines, disposent d'une certaine latitude pour offrir des services suivant diverses formules, de sorte



monitor certain norms, but the delivery will be at the so-called "municipal level" — a greater municipal level. He mentioned that this hospital, St. George's, does not allow extra billing, so there is no way that somebody could jump the queue by paying extra.

Therefore, it is still a fairly social democratic scheme, but with different kinds of features. They have been around now for a couple of years, and I can say that in 2002, our institute aims to conduct an extensive joint study with the Swedish institute to try to collect trial data, and really detailed data, about how they are proceeding with this. We may even do some fieldwork and so forth, because I think that the Canadian public is rightfully sceptical of any major reform. We need the literature and textbooks, but maybe we need to do some fieldwork to really monitor things.

I believe there are three criteria under which we should look at the reform. There is the outcome in terms of cost, the outcome in terms of what I would call "patient empowerment" or patient choice, and the health outcome. Sometimes, costs can go down and the patients can be relatively happy, but they do not know that the choices they have made will have negative or adverse consequences for their health over the years.

If we were able to monitor a reform based on these three criteria, be it the Stockholm plan or any other, then we would really know if that is the path that Canada should take.

**Senator Keon:** Dr. Coffey, I want to pursue with you this very interesting tangent, that is, when you compare the European experience with multiple private companies with the American experience, the Europeans, as you said, have been able to "deliver the mail" at a much lower proportion of GDP than America. I am told that they fundamentally achieved that by taking a shot at the medical profession, whereas America's free enterprise system had, and continues to have, many medical high rollers. In Europe, they found a way to just wipe them out. Can you confirm that they are all capped?

**Dr. Coffey:** Yes. Going back to the Swedish study, they reported on three specialties. These were 40 private physicians working outside the hospital and 20 public physicians working within the hospital. Ophthalmology costs in the public hospital were 28 per cent higher; similarly, for ear, nose and throat specialists, the costs were 17 per cent higher in the public hospitals than in the private; and in general surgery, internal medicine and dermatology, the costs were 13 per cent higher. There is no question that, through competition, they were able to lower the costs of the specialists.

qu'il est possible d'établir des comparaisons. En Suède, le gouvernement fédéral impose des normes dont il surveille l'application, mais la prestation s'effectue à ce qu'il est convenu d'appeler l'«échelon municipal» — soit l'échelon d'une communauté urbaine. Il me mentionnait que cet hôpital, le St. George ne permettait pas la surfacturation, de sorte qu'il était impossible à quiconque de passer devant tout le monde en payant un peu plus.

Par conséquent, nous sommes toujours en présence d'un scénario passablement social-démocrate, mais avec des caractéristiques différentes. Ce type de scénario existe depuis deux ou trois ans, et je peux dire qu'en 2002, notre institut a l'intention d'effectuer une étude conjointe poussée avec un institut suédois afin de recueillir des données sur cet essai, et des données très détaillées, à savoir comment on procède dans ce type de projet. Il se peut aussi que nous effectuions du travail sur le terrain et ainsi de suite, parce que je pense que le public canadien est réticent avec raison à l'égard de toute réforme importante. Nous avons besoin de documentation et d'ouvrages de référence, mais aussi d'effectuer du travail sur le terrain afin de vraiment surveiller l'évolution des choses.

À mon sens, il existe trois critères en fonction desquels envisager la réforme. Il y a les résultats en termes de coûts, les résultats en termes de ce que je qualifierais de «renforcement de l'autonomie du patient» ou encore de liberté de choix du patient, et les résultats sur la santé. Il arrive parfois que les coûts diminuent et que les patients soient relativement heureux de la situation, mais ils ignorent que les choix qu'ils ont faits auront une incidence négative ou des conséquences néfastes sur leur santé avec les années.

Si nous étions capables de surveiller une réforme en fonction de ces trois critères, qu'il s'agisse du plan de Stockholm ou de n'importe quel autre, alors nous pourrions savoir si c'est la voie que le Canada doit emprunter.

**Le sénateur Keon:** Docteur Coffey, j'aimerais poursuivre avec vous sur cette tangente intéressante, c'est-à-dire, lorsque vous comparez l'expérience européenne avec celle de nombreuses sociétés américaines du secteur privé, les Européens, comme vous l'avez souligné, ont été en mesure de «livrer la marchandise» en investissant une partie beaucoup moins importante de leur PIB que les Américains. On me dit qu'ils ont pu y arriver essentiellement en tentant le coup avec la profession médicale, tandis que le système de libre entreprise des États-Unis avait et continue d'avoir bon nombre de flambeurs dans le domaine de la médecine. En Europe, ils ont trouvé le moyen de les éliminer. Pouvez-vous confirmer s'il existe des plafonds généralisés?

**Dr Coffey:** Oui. Pour revenir à l'étude suédoise, les auteurs ont rapporté des renseignements sur trois spécialités: 40 médecins du secteur privé travaillaient à l'extérieur de l'hôpital et 20 médecins du secteur public travaillaient à l'intérieur. Les coûts au titre des services d'ophtalmologie dans les hôpitaux du secteur public étaient de 28 p. 100 plus élevés; par ailleurs, chez les oto-rhino-laryngologistes, les coûts étaient de 17 p. 100 plus élevés dans les hôpitaux du secteur public que dans l'hôpital privé; et pour ce qui est de la chirurgie générale, de la médecine interne et de la dermatologie, les coûts étaient de 13 p. 100 plus

However, you cannot have your cake and eat it, and if you really want competition, you have to be prepared to learn how to provide the best skills that are going to satisfy both sides.

It is interesting to just read the conclusion of that Stockholm experiment.

**The Chairman:** Who did the evaluation? Was it the hospital itself?

**Dr. Coffey:** No, no.

**The Chairman:** I wanted to be sure that this is an objective piece of analysis.

**Dr. Coffey:** Most of this work has come from the gentleman that Michel referred to, Johan Hjertqvist, who is an economist working on this project with the Stockholm Council.

They say in conclusion:

While opponents of the privatization reforms had predicted that the private sector, by seeking to make a profit for shareholders, would drive costs up and efficiency standards down, the opposite has in fact been true. Across the board, private contractors in Stockholm are operating with less staff and on smaller budgets, while providing the same treatments to more patients than their public counterparts. As a pilot program for testing the potential effects of competitive market mechanisms on public health care systems, Stockholm's internal market has proven the ability of the private sector to dramatically out-perform state-administered facilities by reducing costs, improving care, and saving lives.

**The Chairman:** You were here when the professor from McGill was speaking?

**Dr. Coffey:** I heard the tail end of it.

**Senator Morin:** You did not hear the argument going back and forth?

**Dr. Coffey:** Yes. That is why I read it.

**The Chairman:** This is a question you may not know the answer to, but it would really help me if you would think about this. Let's suppose we wanted to try three experiments in which you would continue with a single payer model, but the structure could be quite different. There would be some element of competition between the institutions, et cetera. You would want to run an experiment that was replicable, in the sense that whether it turned out to be good or bad, you would be able to draw reasonable conclusions that were sustainable. Similarly, you conduct a drug experiment in the hope that it is replicable, and people will not shoot it down by saying you picked the wrong bunch of patients, or whatever.

élevés. De toute évidence, grâce à la concurrence, on a pu réduire les coûts liés aux médecins spécialistes.

Toutefois, on ne peut gagner sur tous les tableaux, et si vous tenez réellement à la concurrence, vous devez vous tenir prêt à apprendre comment offrir les compétences qui sont à même de satisfaire les deux côtés.

Il est intéressant de prendre connaissance seulement des conclusions de l'expérience de Stockholm.

**Le président:** Qui en a fait l'évaluation? Est-ce que c'est l'hôpital lui-même?

**Dr Coffey:** Non, non.

**Le président:** Je voulais seulement m'assurer qu'il s'agit d'une analyse objective.

**Dr Coffey:** La majeure partie de ce travail a été effectuée par ce monsieur à qui Michel faisait allusion tout à l'heure, ce Johan Hjertqvist, qui est un économiste participant à ce projet avec le Stockholm Council.

Voici la conclusion: (Traduction)

Alors que les opposants des réformes vers la privatisation avaient prédit que le secteur privé, en cherchant à réaliser un bénéfice pour ses actionnaires, aurait tendance à faire grimper les coûts et à réduire les normes d'efficacité, c'est en réalité le contraire qui s'est produit. De façon générale, à Stockholm, les entrepreneurs privés arrivent à exercer leurs activités avec moins de personnel et des budgets moindres, tout en offrant les mêmes traitements à davantage de patients que leurs homologues du secteur public. À titre de programme pilote visant à mettre à l'épreuve les effets potentiels des mécanismes de la concurrence sur les régimes de soins de santé du secteur public, le marché interne de Stockholm a démontré que le secteur privé était capable de surpasser de façon remarquable les installations administrées par l'État en réduisant les coûts, en améliorant les soins et en sauvant des vies.

**Le président:** Étiez-vous présent lorsque le professeur de l'université McGill a témoigné?

**Dr Coffey:** J'ai pu entendre la fin de son exposé.

**Le sénateur Morin:** Vous n'avez pas suivi l'échange?

**Dr Coffey:** Oui. C'est la raison pour laquelle je l'ai lu.

**Le président:** Voici une question pour laquelle vous n'avez peut-être pas de réponse, mais cela m'aiderait beaucoup si vous pouviez y réfléchir. Supposons un instant que l'on veuille réaliser trois expériences au cours desquelles vous pourriez continuer d'utiliser le modèle à payeur unique, mais dont la structure pourrait être très différente. Il y aurait un certain degré de concurrence entre les institutions, et ainsi de suite. Vous voudriez réaliser une expérience qu'il soit possible de reproduire, dans le sens que, peu importe que les résultats soient intéressants ou non, vous voudriez être en mesure d'en tirer des conclusions raisonnables et renouvelables. De la même façon, lorsque l'on procède à une expérience avec des médicaments on espère qu'elle



I do not know if you would do it with a general hospital or a specialized clinic that does joint replacements or whatever.

Have you given any thought to what those experiments or trials would look like? Assuming we had the ability to ignore the Canada Health Act and to get a province or a community to do it, what would you do?

**Dr. Coffey:** I am a great believer in gradualism, and I think one of the prudent courses would be to use a specialty group, maybe a group of cardiac surgeons, or a multi-specialty clinic. You could think of places like the Mayo and the Cleveland Clinic and so on, long-established, multi-specialty clinics of high quality. We do not have too many of those institutions in Canada. They are mostly in university hospitals. However, those could be encouraged, and already, people are starting to think about the possibility of a really first class, good quality specialty clinic that would offer services in the areas where the waiting lists are the longest, which are orthopedics, cataracts, heart, and maybe diagnostic. For instance, the McGill Imaging people have opened a new, private diagnostic centre in Montreal.

**The Chairman:** Owned by the university?

**Dr. Coffey:** Well, most of them are university people.

**Senator Morin:** Owned by the physicians.

**The Chairman:** Owned by the physicians, though, not owned by the university?

**Dr. Coffey:** No, it is a privately owned diagnostic clinic in Westmount Square. They have the latest in modern imaging equipment and top-notch physicians to interpret the results. A lot of people, many of my acquaintances, who have gone there are extremely happy. The results are handed back to the referring doctors very quickly. They are electronically linked with the hospitals, so they can get the image transmitted immediately to the Royal Victoria or the General, if they wish.

**Senator Morin:** However, that is not an experiment.

**Dr. Coffey:** True, but if you wanted to run an experiment on private diagnostics or imaging, this is the sort of group that, augmented, could say, "Sure, we will make a contract with the regional health board and come to a financial agreement to do diagnostics on 1,000 patients this year at a certain set price."

**The Chairman:** I believe that that is how the clinics in Alberta work. I will give you an interesting example. I think all of us found the witness from a private radiation clinic in Ontario very interesting. They do exactly what I talked about. They actually rent the radiation facilities from Sunnybrook Hospital from

pourra être reproduite et que les gens ne vont pas la démolir en vous reprochant d'avoir mal choisi les patients ou autre chose.

Je ne sais pas si vous le feriez avec un hôpital général ou une clinique spécialisée qui effectue des remplacements d'articulations ou d'autres types d'interventions.

Avez-vous déjà pensé à la forme que ces expériences pourraient prendre? En supposant que nous ayons la possibilité de ne pas tenir compte de la Loi canadienne sur la santé et que nous puissions demander à une province ou à une collectivité de réaliser cette expérience, que feriez-vous?

**Dr Coffey:** Je suis un grand partisan de l'étapisme, et je pense que l'attitude la plus prudente consisterait à sélectionner un groupe de spécialistes, peut-être un groupe de chirurgiens cardiaques ou encore une clinique multidisciplinaire. On pourrait penser à des endroits comme la clinique Mayo ou la clinique Cleveland ou d'autres cliniques réputées et multidisciplinaires de haute qualité. Nous n'en avons pas beaucoup de ce genre au Canada. Elles se trouvent pour la plupart dans des hôpitaux universitaires. Néanmoins, on pourrait les encourager, et déjà les gens commencent à penser à la possibilité de se doter de cliniques spécialisées de première classe et de bonne qualité qui offriraient des services dans les domaines où les listes d'attente sont les plus longues, à savoir l'orthopédie, les cataractes, les maladies cardiaques et peut-être aussi les diagnostics. Par exemple, les spécialistes dans le domaine de l'imagerie de l'Université McGill ont ouvert un centre de diagnostic privé à Montréal.

**Le président:** Est-ce qu'il appartient à l'université?

**Dr Coffey:** Et bien, la plupart des spécialistes sont des universitaires.

**Le sénateur Morin:** La clinique appartient aux médecins.

**Le président:** Donc, elle appartient aux médecins, et non à l'université?

**Dr Coffey:** Non, il s'agit d'une clinique de diagnostic privée de Westmount Square. Cette clinique est dotée d'un matériel de pointe en matière d'imagerie et de médecins de haut calibre pour interpréter les résultats. Bien des gens parmi mes connaissances y ont fait appel et en ont été extrêmement satisfaits. Les résultats sont remis au médecin traitant très rapidement. La clinique est reliée électroniquement avec les hôpitaux, de sorte que les médecins peuvent transmettre les images immédiatement au Royal Victoria ou à l'Hôpital général, s'ils le désirent.

**Le sénateur Morin:** Mais il ne s'agit pas d'une expérience.

**Dr Coffey:** C'est vrai, mais si vous vouliez effectuer une expérience en matière de diagnostic ou d'imagerie dans le secteur privé, c'est ce genre de groupe qui, moyennant des aménagements, pourrait déclarer: «Oui, certainement, nous signerons un contrat avec la régie régionale de la santé et nous conclurons une entente financière pour effectuer des diagnostics sur 1 000 patients cette année à un certain prix déterminé.»

**Le président:** Je crois que c'est le mode de fonctionnement des cliniques en Alberta. Je pense que tous nous avons beaucoup apprécié le témoignage d'une personne provenant d'une clinique de radiographie privée de l'Ontario. Les gens de cette clinique font exactement ce que je viens de décrire. Ils louent les

6 o'clock to ten o'clock at night, when they are never used. They are only paid by OHIP, by medicare, and they do not take any private patients, so there is no element of private pay. What they are basically doing is extending the use of that facility by four hours a day, five days a week.

**Dr. Coffey:** Yes.

**The Chairman:** They focus primarily on breast cancer, and they are now expanding it into prostate cancer. They caused the waiting list for breast cancer radiation in Toronto to plummet.

There are these isolated examples, but if we are going to really change the system, I think we need a little better scientific proof. I started life as an academic too, so I am trying to get my mind around how do you actually do that.

**Dr. Coffey:** Yes, well, as I said, we have not really been legally allowed to do any experimentation.

**The Chairman:** No, right.

**Dr. Coffey:** So we are babes in the woods, and when we travel to other countries, they say, "What is happening in health system reform or financing in Canada?" I say, "This."

**Mr. Kelly-Gagnon:** You can experiment on a geographical base, where a particular province or a particular community could try some of these things we have been talking about. You can also have experimentation with a segment of the population, and I am referring here to the nursing homes, or other segments of populations where they are already used to having a certain range of services available to them.

It might be just a small step, because I am looking at it not only from the perspective of what is intellectually interesting, but of what I would call "real politics." We have a certain political context in Canada with which we might agree or not, but that is not the issue. It is there. I think that nursing homes and similar facilities might be more willing to, say, allow an old lady of 85, who is almost blind because of cataracts, but who has managed to acquire a small pension, to have quicker access to certain services within the nursing home.

Listening to the professor from McGill, it seems that even he acknowledged that something could be done in that area.

**Senator Keon:** We are into some really interesting stuff here with this whole question of capital for new endeavours. The public hospitals in Canada now really cannot raise capital, the banks will not lend them money, and they are not allowed to go into debt. Therefore, the idea of forming a corporate structure that will build a new hospital, or whatever you want, and rent it back

installations de radiographie de l'Hôpital Sunnybrook entre 6 heures du matin et 22 heures le soir, une heure à laquelle elles ne sont jamais utilisées. Les employés de la clinique sont rémunérés exclusivement par le Régime d'assurance-maladie de l'Ontario, par le régime d'assurance gouvernemental, et ils n'acceptent aucun patient du secteur privé; ainsi leur rémunération ne comporte aucune part du secteur privé. En réalité, ils se contentent tout simplement d'allonger les heures d'ouverture de l'installation de quatre heures par jour, cinq jours par semaine.

**Dr Coffey:** Je vois.

**Le président:** Ils se concentrent surtout sur le cancer du sein et ils sont en train d'élargir leur champ d'action au cancer de la prostate. Ils ont réussi à faire fondre les listes d'attente pour les radiographies pour le cancer du sein à Toronto.

Ce sont des exemples isolés, mais si nous voulons réellement changer le système, je pense que nous aurons besoin d'étayer nos dires de preuves scientifiques. J'ai aussi été universitaire au début de ma carrière, aussi je m'efforce de trouver un moyen de concrétiser tout cela.

**Dr Coffey:** Oui, bon, comme je le disais, nous n'avons pas réellement été autorisés sur le plan juridique à faire quelque expérimentation que ce soit.

**Le président:** Non, en effet.

**Dr Coffey:** Donc, nous faisons un peu figure d'innocents, et lorsque nous voyageons à l'étranger et que l'on nous demande: «Que se passe-t-il avec la réforme du système de santé ou le financement au Canada?», je réponds: «Et bien, voilà ce qui se passe.»

**M. Kelly-Gagnon:** Il est possible de réaliser des expériences sur le plan géographique, par exemple au cours desquelles une province ou une collectivité donnée pourrait essayer l'une des options que nous venons d'envisager. Il est également possible d'expérimenter avec un segment de la population, et je pense aux maisons de soins ou à d'autres segments de population où l'on est déjà habitué à disposer d'un certain éventail de services.

Il pourrait s'agir d'expériences très modestes, parce que j'envisage la question du point de vue qui est intéressant sur le plan intellectuel, ce que j'appellerais de la «politique du réel». Nous vivons dans un certain contexte politique au Canada, avec lequel nous pouvons être d'accord ou pas, là n'est pas la question. C'est la situation réelle. Je pense que les maisons de soins et les installations semblables pourraient se montrer davantage prêtes, disons, à permettre à une vieille dame de 85 ans, qui est presque aveugle à cause des cataractes, mais qui dispose d'une petite pension, d'avoir accès à certains services offerts par la maison.

J'ai écouté ce professeur de McGill, et il me semble que même lui reconnaissait que l'on pouvait faire quelque chose dans ce domaine.

**Le sénateur Keon:** Nous parlons de quelque chose de vraiment intéressant avec toute cette question de capital pour de nouvelles entreprises. Les hôpitaux du secteur public au Canada ne sont pas en mesure de réunir des fonds, les banques ne leur prêteront pas d'argent et ils ne sont pas autorisés à contracter des dettes. Par conséquent, l'idée de former une structure organisationnelle qui



is really coming to the fore. I am not raising it to debate it with you, but I just wanted to put it on the table so you can keep it in mind when you move forward with some of your interesting ideas. Thanks.

**Dr. Coffey:** Is this applicable to the private sector, or just the public hospitals?

**Senator Keon:** No, it is a hybrid of some kind. I know, for example, that one major public hospital in Ontario is currently flirting with the private sector to build a new hospital that they will rent back, because they cannot raise the capital to build it themselves.

The interesting thing is, these fellows who are starting their private clinics have no problem going to the bank and raising the money.

**Dr. Coffey:** That is right, yes.

**Senator Keon:** However, a public hospital cannot raise the money because the banks will only lend a very small amount.

**Dr. Coffey:** We have not tried to raise money for a private hospital, although there is a group in Montreal that is really rooting for that. They think we badly need one.

**The Chairman:** To follow up on Senator Keon's point, we were in Vancouver last week and heard about a new hospital in Abbotsford that will be built just the way Senator Keon has described it. It will be built by a private contractor, and just like an office building, the province is going to lease it back. The province simply found it easier to deal with the capital cost by leasing.

**Dr. Coffey:** Sure.

**The Chairman:** Unfortunately, the way governments keep their books, capital expenditures have to be recorded in the year that they are made, so if you spend \$100 million on a hospital, you record it in year 1. If you spend \$10 million a year on lease payments for 10 years, you record it as \$10 million a year, and therefore, given the need to keep the deficit down, they are moving to a system in which hospital construction will essentially be a lease buy-back proposition.

By the way, interestingly enough, there was considerable opposition from unions, Friends of Medicare, and groups like that. That is not surprising.

**Senator Léger:** This may be quite naive, but if I understand correctly, private equals profit, for which you need to reduce costs, which equals, from what I heard here, happier. That means the patients are happier, plus you have more workers, more nurses

construirait un nouvel hôpital, ou quoi que ce soit d'autre, pour le revendre ensuite grâce au crédit-bail fait vraiment son chemin. Je n'amène pas le sujet pour en débattre avec vous, je voulais seulement le mettre sur le tapis pour que vous puissiez en tenir compte lorsque vous irez de l'avant avec quelques-unes de vos idées intéressantes. Merci.

**Dr Coffey:** Est-ce que ça s'applique au secteur privé ou seulement aux hôpitaux du secteur public?

**Le sénateur Keon:** Non, c'est une sorte d'hybride. J'ai connaissance, par exemple, d'un grand hôpital public en Ontario qui jongle avec l'idée de s'associer avec le secteur privé pour construire un nouvel hôpital qu'il pourrait ensuite louer grâce à une entente de crédit-bail, parce qu'il est impossible aux administrateurs de réunir les fonds pour le construire eux-mêmes.

L'aspect qui est intéressant, c'est que ces spécialistes qui décident d'ouvrir une clinique privée n'ont quant à eux aucun problème à obtenir de l'argent auprès des banques.

**Dr Coffey:** Oui, c'est exact.

**Le sénateur Keon:** Mais, un hôpital du secteur public ne pourra pas réunir les fonds nécessaires parce que les banques ne lui prêteront qu'un petit montant.

**Dr Coffey:** Nous n'avons pas essayé de réunir des fonds pour la construction d'un hôpital privé, même s'il y a un groupe à Montréal en train de se former dans ce but. Ces gens pensent que nous avons sérieusement besoin d'un nouvel hôpital.

**Le président:** Pour poursuivre avec ce que disait le sénateur Keon, nous nous trouvions à Vancouver la semaine dernière et nous avons entendu parler d'un nouvel hôpital à Abbotsford qui y sera construit exactement de la manière que le sénateur Keon vient de décrire, c'est-à-dire qu'un entrepreneur du secteur privé le construira, et tout comme pour un édifice à bureaux, la province le louera ensuite au moyen d'une entente de crédit-bail. La province a tout simplement trouvé qu'il était plus facile de financer les coûts d'investissement en faisant appel au crédit-bail.

**Dr Coffey:** Certainement.

**Le président:** Malheureusement, étant donné la façon dont les administrations tiennent leur comptabilité, les dépenses en capital doivent être comptabilisées au cours de l'année où elles sont effectuées. Donc, si vous investissez 100 millions de dollars pour la construction d'un hôpital, vous devez l'inscrire au cours de l'année un. Si vous consacrez 10 millions de dollars par année à des versements de crédit-bail, vous inscrivez 10 millions pour l'année, et ainsi, étant donné l'obligation de réduire le déficit, nous nous retrouvons dans un système où la construction d'hôpitaux consistera essentiellement en propositions de rachat par crédit-bail.

Soit dit en passant, et c'est intéressant de le souligner, cette pratique a suscité passablement d'opposition de la part des syndicats, des Friends of Medicare, et autres groupes similaires. Cela n'a rien de surprenant.

**Le sénateur Léger:** C'est peut-être très naïf, mais si j'ai bien compris, secteur privé égale profit, et pour faire des profits, il faut réduire les coûts, et si on réduit les coûts, d'après ce que j'entends ici, les gens sont plus heureux, c'est-à-dire que les patients sont

on staff, and we suddenly have a lot of doctors in the private sector, where it was not possible in the public system. Is this, under the private system, available to everybody? I understood the machines that were being rented from six o'clock to ten o'clock at night were. Is that available to everybody?

**Dr. Coffey:** Yes. If you look at this Universal Private Choice proposal, the "raison d'être" of that study is to make private choices available to all Canadians, rich or poor. That is unique, and that is why I am very enthusiastic about this, because not only does it fit the political spectrum, it fits the economic spectrum as well. You can find a place in there, I feel, that will answer any of those needs. Low-income persons can still have, for instance, a government-issued health voucher with which to buy a basic private health service if they want more choices. Of course, we do not really worry about the rich, because they can pretty well do what they want — they can leave or whatever. It is the poor people whom we are trying to empower, so they can go to hospitals, doctors and clinics with the purchasing power to make those people shape up. If they do not give good service, if the doctor does not give them enough time, they have the power in their pocket to go elsewhere. It is the same with the hospital.

It does bring in a competitive environment, but not a mean-spirited environment, because everybody has a choice. It seems to provide the kind of balance that I think Canadians are looking for. They do not want big differences in the choices that are not available to all.

[Translation]

**Mr. Kelly-Gagnon:** I would also like to clearly point out the fact that one must avoid having — I am not saying you had it; I am just making a general comment — a statistical conception of resources, i.e. to think that there is a pie and that it must be shared.

The power of innovation and research at the technological level must never be underestimated, i.e. if people have an incentive, there will be an incentive at the technological level to improve the machinery.

The example I always use is that of a VHS VCR to watch movies at home: we bought one in the early 80's, and it cost \$1,200 at the time. I bought one last week of a better quality than the one my parents had at the time, and I paid \$129. Why the price reduction? Because companies had an incentive to improve the technology.

Similarly, the importance of improving managerial techniques must never be underestimated. Companies like General Electric, for example, have completely reengineered their practices. In

plus heureux, qu'il y a davantage de travailleurs, davantage d'infirmières au travail et que, soudainement, on se retrouve avec énormément de docteurs dans le secteur privé, alors que c'était impossible dans le régime gouvernemental. Est-ce que ce scénario, dans le contexte du secteur privé, est vrai pour tout le monde? J'ai compris que les appareils sont loués entre 6 heures du matin et 22 heures. Est-ce que ce service est offert à tous?

**Dr Coffey:** Oui. Si on jette un coup d'oeil sur la proposition de Universal Private Choice, la «raison d'être» de cette étude consiste à donner à tous les Canadiens, riches ou pauvres, la possibilité de se prévaloir des services offerts par le secteur privé. C'est unique, et c'est la raison pour laquelle je suis tellement enthousiaste au sujet de cette proposition. Elle s'insère non seulement dans l'éventail politique, mais aussi dans l'éventail économique. Avec cette proposition, tout le monde y trouve son compte, à mon avis. Les personnes à faible revenu peuvent toujours utiliser, par exemple, un document émis par les services de santé gouvernementaux leur permettant d'acheter un service de santé de base dans le secteur privé, s'ils veulent élargir la gamme des possibilités. Bien entendu, les riches ne sont pas un sujet de préoccupation, parce qu'ils jouissent d'une grande latitude — ils peuvent toujours se retirer ou peu importe. Ce sont les pauvres gens à qui nous voulons redonner un certain pouvoir, afin qu'ils puissent aller dans les hôpitaux, consulter des médecins et des cliniques avec le pouvoir d'achat correspondant pour forcer ces intervenants à s'améliorer. En effet, s'ils n'obtiennent pas un bon service, si le docteur ne leur consacre pas suffisamment de temps, ils disposent du pouvoir d'aller ailleurs. Et il en va de même avec les hôpitaux.

On favorise ainsi la mise en place de la concurrence, mais pas dans le mauvais sens du terme, parce qu'on donne ainsi le choix à tout le monde. Cet environnement semble instaurer le type d'équilibre que les Canadiens recherchent, selon moi. Ils ne veulent pas qu'il y ait énormément d'écart entre les choix qui ne sont pas offerts à tous et chacun.

[Français]

**M. Kelly-Gagnon:** Je voudrais aussi, bien souligner le fait qu'il faut éviter d'avoir une conception — je ne dis pas que vous l'aviez, je fais juste un commentaire général — statique des ressources, c'est-à-dire de penser qu'il y a une tarte et qu'il s'agit de se partager la tarte.

Il ne faut jamais sous-estimer la puissance de l'innovation et de la recherche au niveau technologique, c'est-à-dire que si les gens ont un incitatif, il va y avoir un incitatif au niveau technologique à améliorer la machinerie.

L'exemple que je donne toujours, celle d'un vidéo VHS pour regarder des films chez moi: on en avait acheté un au début des années 1980 et il coûtait, à l'époque, 1 200 \$. J'en ai acheté un la semaine dernière de meilleure qualité que celui que mes parents avaient à l'époque, et je l'ai payé 129 \$. Pourquoi le baisse du prix? C'est parce que des entreprises ont eu un incitatif pour favoriser l'amélioration technologique.

De la même façon, il ne faut jamais sous-estimer l'importance de l'amélioration des techniques «manageriales». Si on prend l'exemple des entreprises comme General Electric, ils ont



addition, we sometimes take certain things for granted: We build them this way because we always did.

However, there needs to be a motivation or incentive to change these managerial practices, as did nurses in Sweden, who were given a better role in cases where doctors had traditionally been called for. It was not only about the number of nurses or dollars, but about the way these nurses worked. A better role can even be given to nursing aides where regular nurses were called for.

This is possible. Let's be honest. It is possible to do so within a public system, but the incentives are much less powerful. One must therefore really think in terms of doing more with less. It is never just a buzz word; it is the reality of the entire market economy of the twentieth century, and even the previous century, that showed that production practices were consistently improved, if I may say so.

[English]

**The Chairman:** I thank the two of you for coming. That was a very fascinating discussion, as you can tell.

Senators, our last panel this afternoon is from the Frosst Health Care Foundation: Dr. Monique Camerlain, the president of the board of directors; and Janet Dunbrack, the executive director.

Thank you for coming. I believe one of your board members, Dr. Camerlain, was before us in Winnipeg, although not on behalf of the Frosst Foundation.

**Ms Janet Dunbrack, Executive Director, Frosst Health Care Foundation:** It was probably Deborah Vivian from the Manitoba nurses' association.

**The Chairman:** Right, and she commented that you people would be coming to see us.

[Translation]

**Dr. Monique Camerlain, President of the Board of Directors, Frosst Health Care Foundation:** First, allow me to introduce the Frosst Foundation. Our vision is that of a health system focused on the patient, and we see it through bringing the patient's voice in the reform process, in the policies, and in the planning of health policies.

In fact, we are focused on getting the patient to become involved in and concerned with determining health policies. We are different from charity groups in that we operate across Canada and have a global perspective; we are not focused on one disease. We want to reinforce the patient's voice, and especially unify it, as we currently perceive it as broken through different silos.

Our objectives are to inform, connect, and enable the patient, and these objectives were drawn from a strategic planning meeting we held in Montreal with 81 representatives from all

complètement fait une «régénierie» des pratiques qu'ils faisaient. Et, parfois, on prend pour acquis certaines choses: on les fait d'une telle manière parce qu'on les a toujours faites comme cela.

Toutefois, il faut un motif ou un incitatif pour réviser ces pratiques «manageriales» comme l'ont fait les infirmières en Suède où on leur a donné un meilleur rôle à des endroits où auparavant le médecin était appelé. Ce n'était pas seulement le nombre d'infirmières ou le nombre de dollars qui comptaient, mais la façon dont ces infirmières travaillaient. On peut même donner un meilleur rôle à des aides-infirmières à des endroits où les infirmières régulières étaient appelées.

Cela est possible. Soyons francs. C'est possible de le faire à l'intérieur d'un système public, mais les incitatifs sont beaucoup moins puissants. Il faut donc vraiment penser en termes de faire plus avec moins. Ce n'est pas juste un «buzz word», c'est la réalité de toute l'économie de marché du vingtième siècle et même du siècle précédent qui a montré qu'on a constamment amélioré les pratiques de production, si je peux me permettre.

[Traduction]

**Le président:** Je vous remercie tous les deux de votre témoignage. Ce fut une discussion extrêmement intéressante, comme vous pouvez le constater.

Chers collègues, nos derniers témoins cet après-midi sont des représentantes de la Fondation Frosst pour les soins de santé: la Dre Monique Camerlain, qui est présidente du conseil d'administration et Janet Dunbrack, qui est directrice exécutive.

Nous sommes heureux de vous recevoir. Je pense que l'une des membres de votre conseil d'administration, docteure Camerlain, est venue témoigner devant notre comité à Winnipeg, quoique ce n'ait pas été pour la Fondation Frosst.

**Mme Janet Dunbrack, directrice exécutive, Fondation Frosst pour les soins de santé:** Il s'agit probablement de Deborah Vivian de l'association des infirmières du Manitoba.

**Le président:** Oui, c'est cela, et elle nous a dit que vous viendriez témoigner vous aussi.

[Français]

**Dre Monique Camerlain, présidente du conseil d'administration, Fondation Frosst pour les soins de la santé:** Permettez-moi d'abord de vous présenter la Fondation Frosst. Notre vision est celle d'un système de santé axé sur le malade et nous le voyons en passant par le fait d'amener la voix du patient dans le processus de réforme, dans les politiques et la planification des politiques santé.

En fait, notre focus c'est d'amener ce patient à s'impliquer et à rentrer en jeu dans la détermination des politiques de santé. Nous sommes différents des groupes charitables, en ce sens que nous sommes pancanadiens et que notre perspective est globale, nous ne sommes pas axés sur une maladie. Nous voulons renforcer la voix du malade et surtout l'unifier, alors que nous la percevons actuellement comme brisée à travers différents silos.

Nos buts sont d'informer, de relier et de redonner le pouvoir au malade, et ces buts ont été retirés d'une réunion de planning stratégique que nous avons tenue à Montréal, avec

groups involved in health services, including government, businesses, professionals, and patients.

In fact, our foundation is still in its infancy, as it was only established in 1998. We are an independent foundation, not a for-profit organization, and we have a specific niche in that we do not compete with charity organizations for the same dollar.

The members of our Board of Directors represent all the regions of Canada. They have very diversified experiences, ranging from professional groups to communications and the industry, and they represent all groups, not interests, but all who are involved in the health system.

What we have done to this day is to listen a lot. I referred earlier to our first national "Speaking for Ourselves" event, where 81 participants from different systems were gathered in Montreal for two days to look at the priorities that were common to each of these groups.

We now hold such meetings at the regional level. Our next meeting will be held in Toronto very soon. You have received, I believe, the small brochure, the text of the first meeting, "Speaking for Ourselves," held in Montreal.

This year we participated as one of seven partners in the "Health In Canada Survey," which is a survey on the health system conducted across Canada. We award grants based on criteria which correspond with the objectives of our foundation. For the future, we are considering a "deliberative pooling," which is a collection of data, after informing the patients. We will also publish a magazine.

Ms Dunbrack will now present the new paradigm we are considering.

[English]

**Ms Dunbrack:** I had actually sent a package of materials to Madame Thérien last week with enough copies in English and French for all members of the committee, so I am hoping that you will have the materials when you get back to Ottawa, perhaps.

What distinguishes the Frosst Foundation from certainly disease-specific health charities is that our mission is to bring the voice of the patient to the health policy table, rather than to focus specifically on health care and health services directly. Based on the consultations we have had, patient groups and consumer and citizen groups have told us that that voice must be active, responsible and informed.

We have been trying, in our activities so far, to bring together, as Dr. Camerlain said, diverse groups of health charities, seniors' groups and so on, to find out what common elements unite them and would allow them to participate in health policy deliberations.

81 représentants de tous les groupes qui participent aux services de santé, le gouvernement, l'entreprise, les professionnels, les malades.

De fait, notre fondation est encore dans son enfance, elle a été fondée uniquement en 1998. Nous sommes une fondation indépendante, nous ne sommes pas à but lucratif, nous avons une niche particulière au sens où nous ne sommes pas en compétition pas avec les organismes charitables pour le même dollar.

Les membres de notre conseil d'administration représentent toutes les régions du Canada et ils ont des expériences très diversifiées, allant des groupes professionnels, aux communications, à l'industrie et ils représentent tous les groupes, pas d'intérêt, mais tous les participants dans le système de santé.

Ce que nous avons fait à ce jour: nous avons beaucoup écouté. Je parlais tout à l'heure de notre premier événement national qui était intitulé «La parole est à nous», dans lequel, durant deux jours à Montréal, nous avons réuni 81 participants des différents systèmes, pour voir les priorités qui étaient communes à chacun de ces groupes.

Nous tenons maintenant de pareilles réunions à l'échelle régionale. Notre prochaine réunion sera à Toronto, tout prochainement. Vous avez reçu, je crois, le petit pamphlet, le texte de la première réunion, «Speaking For Ourselves», qui s'est tenue à Montréal.

Nous avons participé cette année au «Health In Canada Survey», qui est un sondage tenu à travers le Canada sur le système de santé, comme un des sept partenaires. Nous donnons des octrois, basés sur des critères qui correspondent aux objectifs de notre fondation. Au cours de nos activités futures, nous envisageons un «deliberative pooling», qui est une collection d'informations, après avoir informé les malades. Nous allons publier aussi un magazine.

Madame Dunbrack va maintenant vous présenter le nouveau paradigme que nous envisageons.

[Traduction]

**Mme Dunbrack:** De fait, j'ai fait parvenir une trousse d'information à Mme Thérien la semaine dernière avec une quantité suffisante de documents en anglais et en français pour les membres du comité. Aussi, je pense que vous les trouverez à Ottawa, à votre retour.

La Fondation Frosst se distingue des autres oeuvres de bienfaisance dans le domaine de la santé par sa mission qui consiste à faire entendre la voix des patients à la table des décideurs du domaine des soins de santé, plutôt que de se concentrer spécifiquement sur les soins et les services de santé proprement dits. Durant les consultations que nous avons tenues, les groupes de consommateurs, de patients et de citoyens nous ont confié que cette voix doit être plus active, plus responsable et mieux informée.

Dans nos activités, nous nous sommes efforcés jusqu'à présent de réunir, comme le soulignait la Dre Camerlain, divers groupes d'oeuvres de bienfaisance, de personnes âgées et ainsi de suite afin de trouver les éléments qui les unissaient et qui leur



rather than just speaking to the needs of their own particular constituencies.

Patient groups have told us that they would like us to help them develop collaborative and accountable mechanisms for participation. They have also talked about the need to improve their skills so that they can participate in health policy decision-making. It is very easy for people to talk about their own parochial interests, it is a little harder to get people to the skill level where they can take a global perspective and sit at the policy table. It all boiled down to, "Help us inform, connect and enable the patient."

We would argue that the benefit of including the patient's voice at the health policy level is that tough choices then become a shared responsibility. I think the benefits of that are self-evident, and we may discuss that afterwards, depending on your questions.

Policy decisions would therefore have greater legitimacy, the public would buy into them, and the services flowing from health policy would then be more appropriate and responsive to need.

I was very interested to see that in your Volume 4 report, you stated firmly a couple of times that the health care system in this country needs to become a 21st century service industry, which obviously would reflect the voice of the patient, the ultimate consumer of the services.

This is a new way of thinking in some ways, bringing together many special interest groups to inform, enable and connect, but I think it also opens up new possibilities for health policymakers and health care providers. At meetings which we have attended with medical associations, hospital associations, provincial governments and so on, they are all looking for ways to involve the citizens, so it is something of which people are currently becoming very conscious.

We would like to work to create opportunities to bring everybody together at the health policy level, and as I said, we have noticed a rising interest in developing models of patient and citizen involvement in health policies such as deliberative polling, citizen juries, focus groups and so on.

The mandate of this committee is to study the federal role in health care, although obviously you are looking at the constituent parts. Therefore, we gave some thought to what that role might be from the patients' perspective. The federal government can certainly create opportunities to move towards a new paradigm, a new model, which would involve patients in health policy determination — in other words, sponsoring forums for dialogue and funding or supporting the creation of demonstration models to

permettraient de participer aux délibérations au sujet de la politique de la santé, plutôt que de se contenter de faire valoir les besoins de leur clientèle respective.

Les groupes de patients nous ont confié qu'ils aimeraient qu'on les aide à élaborer des mécanismes communs et responsables de participation. Ils nous ont aussi dit qu'ils auraient besoin d'améliorer leurs compétences afin de participer au processus de décision en matière de politique de la santé. Il est facile pour les gens de parler de leurs propres intérêts, mais un peu plus difficile de les amener à un niveau de compétence leur permettant d'adopter une perspective globale en vue de s'asseoir à une table de discussion sur la politique. Le résultat a été que nous avons produit le document intitulé «Help us inform, connect and enable the patient».

Nous faisons valoir que l'avantage qu'il y a à faire entendre la voix des patients lors de l'élaboration de la politique des soins de santé est qu'ainsi les décisions difficiles deviennent une responsabilité prise en commun. Je pense que les avantages qui en découlent sont assez évidents, et nous pourrions en discuter plus tard, si vous avez des questions à ce sujet.

Les décisions relatives à la politique pourraient ainsi avoir davantage de légitimité, le public pourrait plus facilement les accepter, et les services qui découleraient de la politique sur la santé seraient ainsi mieux adaptés et plus sensibles aux besoins.

J'ai été très intéressée par la lecture du Volume 4 de votre rapport dans lequel vous affirmez sans ambages à deux ou trois reprises que le système de soins de santé de notre pays doit devenir une industrie de services du XXI<sup>e</sup> siècle, ce qui de toute évidence signifie qu'il devrait refléter la voix du patient, le consommateur des services en bout de ligne.

Voici à certains égards une nouvelle façon de voir les choses, qui permet de réunir de nombreux groupes d'intérêts particuliers en vue de les informer, de les habilitier et de les mettre en rapport, mais je pense que c'est aussi l'occasion d'ouvrir de nouvelles possibilités pour les décideurs de la santé et les fournisseurs de soins de santé. Lors des réunions auxquelles nous avons assisté en compagnie des associations médicales, des associations hospitalières, des administrations provinciales et ainsi de suite, nous avons constaté que tous cherchent de nouveaux moyens d'obtenir l'engagement des citoyens, aussi c'est un mouvement auquel les gens sont de plus en plus sensibilisés.

Nous aimerions travailler à créer des possibilités de réunir tout le monde ensemble au niveau de la politique de la santé et, comme je le disais, nous avons constaté un intérêt croissant pour l'élaboration de modèles d'engagement des patients et des citoyens comme les scrutins délibératifs, les jurys de citoyens, les groupes de discussion et le reste.

Le mandat de ce comité est d'étudier le rôle de l'administration fédérale dans les soins de santé, même si évidemment vous examinez les parties constituantes. Par conséquent, nous avons réfléchi à ce que ce rôle devrait être en adoptant le point de vue des patients. Il est certain que l'administration fédérale peut créer des occasions d'évoluer vers un nouveau paradigme, un nouveau modèle qui ferait participer les patients à la définition de la politique — autrement dit, en parrainant la tenue de forums

show how it can be done effectively. Obviously, that would include research and dissemination of results in this area and skills building

I would say not only skills building for patients, but also for those who sit around the policy table who may not be used to sharing power, which is another point that you raised in your Volume 4. We need skills development for all the participants in health policy determination.

Finally, we want to say that the Frosst Health Care Foundation would like to be a partner with the Senate committee and the federal government, in whatever way we can, to help bring the voice of the patient to the health policy table and the health reform debate. Through our foundation, we can tap into expertise networks and resources to make a contribution.

**The Chairman:** Thank you for that. Senator Morin and I met with Roy Romano two weeks ago, or whenever we were in Saskatoon. That commission is planning some quite innovative "deliberative models" is what I think you would call it. Have you been in touch with them?

**Ms Dunbrack:** Yes, in fact, we are in active discussions with them about potential partnering.

**The Chairman:** You absolutely you should do that because they have some unique things in mind.

When you talk about "demonstration models" and "forums for dialogue," could you flesh out the details on those two points? Many of the participants in the health care system, even the providers, for example, or the nurses, often feel that the policymakers are over there, they are over here, and there is really no forum in the country for a discussion between policymakers on the one hand, and the people who provide the service on the other.

**Ms Dunbrack:** Exactly. There is certainly potential.

**The Chairman:** Yes, and one of the questions that we have been kicking around informally is how would you actually do that? You people have had more experience of that. We are experienced at hearing from people as opposed to "dialoguing" with them, if I can make the distinction. It would be helpful if you had any detailed thoughts on what that process would look like.

**Ms Dunbrack:** We would be happy to follow that up with a letter, but I will tell you about one small-scale experiment, a research project in Nova Scotia at Mount St. Vincent on aging. They brought together a group of female informal caregivers. I believe,

ouverts au dialogue et en finançant ou en favorisant la création de modèles de démonstration visant à montrer comment on pourrait travailler efficacement. De toute évidence, ce modèle inclurait notamment la recherche et la diffusion des résultats dans ce domaine ainsi que le renforcement des capacités.

Je ne parle pas seulement du renforcement des capacités des patients, mais aussi de celles des personnes qui sont assises à cette table où se prennent les décisions sur la politique et qui ne sont peut-être pas habituées à partager le pouvoir, ce qui nous amène à un autre point soulevé dans votre Volume 4. Nous avons besoin de renforcer les capacités de tous les participants au processus d'élaboration de la politique de la santé.

Enfin, nous aimerions dire que la Fondation Frosst pour les soins de santé aimerait collaborer avec le comité sénatorial et le gouvernement fédéral, de toutes les manières possibles, afin d'aider à faire entendre la voix des patients dans les instances où l'on décide de la politique de la santé et où l'on discute de la réforme des soins de santé. Par l'entremise de notre fondation, nous pouvons puiser dans un réseau d'expertise et de ressources pour apporter notre contribution.

**Le président:** Merci de votre exposé. Le sénateur Morin et moi-même avons rencontré Roy Romano, il y a deux semaines environ, lorsque nous étions à Saskatoon. Cette commission prévoit tenir quelques-uns de ces soi-disant «modèles délibératifs» assez novateurs. Avez-vous communiqué avec ces gens?

**Mme Dunbrack:** Oui, de fait, nous sommes actuellement en pourparlers avec eux en vue de conclure un éventuel partenariat.

**Le président:** Vous devez absolument le faire parce qu'ils ont en tête des projets assez uniques en leur genre.

Pouvez-vous nous expliquer plus précisément ce que vous entendez par «modèles de démonstration» et «forums de dialogue»? Bon nombre de participants dans le système des soins de santé, même les fournisseurs, les infirmières par exemple, ont souvent l'impression que les décideurs se tiennent d'un côté, tandis qu'elles se tiennent de l'autre, de sorte qu'il n'y a jamais réellement de vrai dialogue dans ce pays entre les décideurs et ceux qui assurent la prestation des services.

**Mme Dunbrack:** Exactement. Mais il y a certainement une possibilité d'y arriver.

**Le président:** Oui, et l'une des questions que nous nous posons, sans prétention, est comment comptez-vous procéder pour réussir? Vous avez accumulé une certaine expérience à cet égard. Nous avons l'habitude d'écouter les témoignages de personnes, plutôt que de véritablement «dialoguer» avec elles, si je peux me permettre la distinction. J'apprécierais si vous pouviez nous décrire un peu plus précisément à quoi pourrait bien ressembler ce processus.

**Mme Dunbrack:** Nous nous ferons un plaisir de vous faire parvenir une lettre à ce sujet, mais je vous décrirai une expérience réalisée sur une petite échelle en Nouvelle-Écosse, à Mount St. Vincent avec des personnes âgées. On a réuni un groupe de femmes qui agissent à titre de soignantes non professionnelles, je pense.



**The Chairman:** By "informal," you mean unpaid?

**Ms Dunbrack:** Family caregivers, yes.

**The Chairman:** Care giving is actually quite formal, but it is unpaid.

**Ms Dunbrack:** Right, it is unpaid.

**The Chairman:** All women?

**Ms Dunbrack:** Largely older women. They were very dissatisfied with the way the health system was servicing their needs and the needs of the people for whom they were caring. They were brought together as a group because they said they realized that they needed to participate at the health policy level, and not just at the direct service-delivery level.

The researchers developed a demonstration model whereby these women had to role play health policymakers. They suddenly started to see that it is not so easy to make health policy; you have to make difficult decisions. Then in stage 2 of the project, they brought them together with actual health policymakers from the provincial government, and they found that some of the old attitudes had been broken down. That is a small example, but I think there are opportunities for fairly exciting bridge-building experiences.

**The Chairman:** Okay, and the federal government is not in that business, so that does not encroach on anybody's territory.

**Ms Dunbrack:** Exactly.

**Dr. Camerlain:** We experienced that when we had our first "Speaking for Ourselves" event. There were all these disease-specific patient groups competing with each other for the same dollar, and all of a sudden, after being in the same room together, they realized that they had much more in common than was keeping them apart. We want to simply get people together in a room to realize their common issues and work on those together. Everyone keeps reinventing the rule. We want to connect, enable and get as many people as possible working on the same effort.

**The Chairman:** In your view, whether someone got into that room because they had cancer, arthritis or heart disease is not the issue, the problems are inherently the same?

**Dr. Camerlain:** Some of the problems are the same, and if they could work together towards those common goals, so much time and effort and resources would be saved and so many new ideas could come out of it. This is part of our mission to connect, inform and enable.

**Le président:** Par soignantes «non professionnelles» vous voulez dire «bénévoles»?

**Mme Dunbrack:** Oui, des soignantes qui offrent une aide informelle.

**Le président:** En réalité, l'aide est bien réelle, mais elle n'est pas rémunérée.

**Mme Dunbrack:** C'est exact, ce sont des bénévoles.

**Le président:** Et toutes sont des femmes?

**Mme Dunbrack:** En majorité des femmes âgées. Elles étaient très insatisfaites de la manière dont le système répondait à leurs besoins et aux besoins des personnes dont elles s'occupaient. On les a réunies en groupe parce qu'elles disaient réaliser qu'elles devaient participer à l'étape de l'élaboration de la politique de la santé, et non seulement à celle de la prestation directe des services.

Les chercheurs ont mis au point un modèle de démonstration dans lequel ces femmes devaient jouer le rôle de décideurs. Elles ont soudainement commencé à réaliser que ce n'était pas si simple d'établir une politique et qu'il y avait des décisions difficiles à prendre. Au cours de la deuxième étape du projet, on les a mises en présence de vrais décideurs du gouvernement provincial et ces décideurs ont trouvé que certains vieux schémas d'attitudes avaient été brisés. Ce n'est qu'un petit exemple, mais je pense qu'il existe des possibilités de réaliser des expériences assez intéressantes visant à établir des ponts.

**Le président:** D'accord, et comme le gouvernement fédéral ne joue pas de rôle dans ce secteur, on n'empiète pas sur le territoire de quiconque.

**Mme Dunbrack:** C'est exactement cela.

**Dre Camerlain:** Nous avons fait cette expérience lorsque nous avons organisé notre premier événement dans le cadre du programme «La parole est à nous». Il y avait tous ces groupes de patients représentant chacun une maladie spécifique et compétitionnant les uns avec les autres pour obtenir du financement, et tout d'un coup, après avoir été dans la même pièce tous ensemble, ils ont réalisé qu'ils avaient davantage de points communs que de divergences. Nous voulons simplement réunir les gens dans la même pièce pour qu'ils réalisent ce qu'ils ont en commun et qu'ils s'attellent à la tâche ensemble. On ne cesse de réinventer la roue. Nous voulons établir des liens, habiliter les personnes et faire en sorte que le plus de gens possibles collaborent pour atteindre le même objectif.

**Le président:** Selon vous, qu'une personne soit présente parce qu'elle souffre du cancer, de l'arthrite ou d'une maladie cardiaque ne change rien à l'affaire, les problèmes sont essentiellement les mêmes?

**Dre Camerlain:** Ces personnes ont certains problèmes en commun et si elles pouvaient travailler de concert, elles économiseraient beaucoup de temps, d'énergie et de ressources aussi, et il pourrait en ressortir des tas d'idées nouvelles. Notre mission consiste en partie à favoriser les relations, à informer et à habiliter.

**Ms Dunbrack:** The Health Charities Council of Canada has brought the health charities together to help them start working together. The other part is to connect the professional associations and the policymakers, and also the provincial and federal governments, because they are very important parts of health policy determination too.

**Senator Robertson:** Ladies, I do not know much about your foundation except from what I am reading and listening to here, but I must tell you that two very good friends of mine are on your board, one from the East Coast and one from the West Coast, so I shall learn a lot more about this in the months ahead.

I just want to ask you one particular question. You are a new, young association just starting out, and although my question applies to all associations, whether it is the Kidney Foundation or whatever, in particular, have you determined your "yardsticks," in the street language, to measure the success of your project, so you can better identify with the public and the other stakeholders? If you can measure your success through identifiable factors, your growth will be faster and you will have a bigger impact on all the other stakeholders with which you work, including the government.

**Ms Dunbrack:** I think that is a good comment. I would say we would probably judge our success in five years from now on whether people automatically think, when making health policy, of including a patient or a citizen representative at the table and we can see that reflected in changed policy.

Our mission is not content focused, it is process focused, and so what the patients or the citizens say when they get to that health policy table is really up to them. Our goal is just to get them there.

**Senator Robertson:** However, I would suggest that the process of getting them there also needs to be monitored and measured.

**Ms Dunbrack:** Exactly.

**Senator Robertson:** Anyway, good luck.

**Ms Dunbrack:** Yes, thank you.

**Senator Robertson:** I shall read all about you.

**Dr. Camerlain:** Thank you.

**The Chairman:** I just want to come back to the demonstration project. It would help us to know specifically what kinds of demonstration projects you think would be useful. We need to be able to take the concept and ultimately make a very specific proposal. I am not being critical of what you said, but we have to go beyond saying "We think demonstration projects are a good idea," to saying "Here are one or two that really do make sense."

**Mme Dunbrack:** Le Conseil canadien des organismes bénévoles en santé a réuni les oeuvres de bienfaisance en santé afin de les aider à amorcer une action commune. L'autre partie du travail consiste à établir des relations entre les associations professionnelles et les décideurs, ainsi qu'avec les administrations fédérale et provinciales parce que ce sont des intervenants très importants dans la détermination de la politique de la santé.

**Le sénateur Robertson:** Mesdames, je ne sais pas grand chose au sujet de votre fondation, si ce n'est ce que j'ai pu lire et entendre ici, mais je dois vous dire que deux très bons amis à moi siègent à votre conseil, l'un d'entre eux est de la côte Est et l'autre de la côte Ouest. Les mois à venir me permettront d'en apprendre davantage à votre sujet.

Je voulais seulement vous poser une question. Vous faites partie d'une association jeune et toute nouvelle qui vient de voir le jour, et même si ma question s'adresse à toutes les associations, qu'il s'agisse de la Fondation canadienne du rein ou d'une autre, avez-vous établi les critères ou les étalons en fonction desquels vous allez évaluer la réussite de vos projets, de sorte que vous puissiez vous identifier plus facilement avec le public et les autres intervenants? Si vous pouvez mesurer votre succès à l'aide de facteurs identifiables, votre croissance sera plus rapide et vous aurez une influence plus marquée sur tous les autres intervenants, y compris le gouvernement.

**Mme Dunbrack:** C'est une remarque intéressante. Je vous dirais que nous allons probablement pouvoir évaluer dans quelle mesure nous avons réussi dans cinq ans lorsque les gens vont automatiquement penser, avant d'élaborer une nouvelle politique de la santé, à inclure un représentant des patients ou des citoyens à la table et que nous constaterons que cela se répercute dans la politique.

Notre mission ne vise pas tellement le contenu comme le processus, aussi ce que les patients ou les citoyens disent une fois assis à la table où se discute la politique de la santé ne concerne qu'eux. Notre seul but est de les y amener.

**Le sénateur Robertson:** Cependant, permettez-moi de suggérer que le processus qui consiste à les y amener doit lui aussi être surveillé et évalué.

**Mme Dunbrack:** C'est exact.

**Le sénateur Robertson:** De toute façon, je vous souhaite bonne chance.

**Mme Dunbrack:** Oui, merci.

**Le sénateur Robertson:** Je vais me documenter sur vous.

**Dre Camerlain:** Merci à vous.

**Le président:** J'aimerais revenir au projet de démonstration. Il nous serait utile de savoir avec précision quels genres de projets de démonstration seraient utiles selon vous. Nous devons être en mesure de nous inspirer du concept et d'en faire une proposition très précise. Je ne veux pas critiquer ce que vous avez dit, mais nous devons aller au-delà de la simple affirmation comme quoi: «Nous pensons que les projets de démonstration sont une bonne idée», pour pouvoir plutôt affirmer «Voici un ou deux de ces projets qui présentent un intérêt réel».



**Ms Dunbrack:** I can give you an example from a world I know very well, the world of HIV-AIDS. The federal government funded two very large demonstration projects, one in Edmonton, Alberta, and one in Montreal, in which they brought together everybody involved in AIDS care, from the provincial government at a fairly high level, to the regional health boards, the consumer, the community-based groups and professionals involved in all aspects of care. They created "dialogue tables" at which all these people came together. They began by having all the professionals and all the community groups meeting at separate tables, and then they started mixing them up. As a result, three years into the project, Montreal and Edmonton have developed a much more integrated care delivery system for HIV-AIDS, but also a much more integrated policy development process.

I will give you another example from the world of palliative care, which I also know very well, and again from Edmonton, Alberta. The provincial government and the care deliverers were looking at the coming aging population and the potential costs for end-of-life care and decided to do something about it. They decided to integrate service delivery so that it would be seamless, but that also tends to affect the policy determination level, where one party in the system can no longer make an autonomous decision without consulting all the others.

**The Chairman:** It is interesting that you name Montreal and Edmonton, because if I had to pick the four best regional health authorities in the country, they would be Montreal, Edmonton, Calgary and Victoria. Everybody I have talked to across the country raves about those two, which, by the way, are run by women, which is an interesting aside.

To what extent does it really require progressive leadership at the regional health authority level to make this kind of thing possible?

**Ms Dunbrack:** I think that is crucial, because if they will not play, then nothing can happen.

**The Chairman:** It cannot be forced?

**Ms Dunbrack:** No, it cannot be forced. However, I think we can talk about advantages. For example, if I take your argument that our health care system should be a 21st century service delivery system, then the client or the consumer — the ultimate buyer — is the patient. Increasingly, I think demographics are going to produce a feistier bunch of baby boomers who will say, "We are not going to take this lying down; what do you mean you are making decisions for us?"

**The Chairman:** We heard from Dave Barrett, who is now close to 75, when we were in British Columbia, and I tell you, he has not lost one ounce of the feistiness he had when he was premier 25 years ago, so your point is well taken.

**Mme Dunbrack:** Je peux vous donner un exemple d'un secteur que je connais très bien, celui du VIH-sida. Le gouvernement fédéral a financé deux très importants projets de démonstration, un à Edmonton, en Alberta, et l'autre à Montréal, et au cours de ces projets, il a réuni tout ce que le domaine compte d'intervenants dans le domaine des soins aux sidatiques, de l'administration provinciale à un niveau assez élevé, jusqu'aux régies régionales de la santé, au consommateur, en passant par les groupes communautaires et les professionnels associés à tous les aspects des soins. On a créé des «tables de dialogue» où toutes ces personnes se sont réunies pour discuter. Au début, les professionnels et les groupes communautaires se sont réunis à des tables séparées, puis on a commencé à les mélanger. Depuis trois ans que ce projet existe, on a pu constater que Montréal et Edmonton ont élaboré un système de prestation de soins beaucoup plus intégré pour le VIH-sida, mais aussi un processus d'élaboration de politique beaucoup plus intégré.

Voici un autre exemple dans le domaine des soins palliatifs, que je connais aussi très bien, et qui se trouve aussi à Edmonton, en Alberta. Le gouvernement provincial et les prestataires de soins examinaient le vieillissement de la population et les coûts potentiels rattachés aux soins aux personnes en fin de vie et ils ont décidé de faire quelque chose. Ils ont en effet décidé d'intégrer la prestation des services de manière à ce qu'il n'y ait pas de coupure, mais aussi pour que cette intégration ait une incidence telle au niveau de la détermination de la politique que l'absence d'un intervenant du système rende impossible la prise d'une décision autonome sans consultation des autres parties.

**Le président:** Je trouve intéressant que vous nommiez Montréal et Edmonton, parce que si je devais choisir les quatre meilleures autorités régionales en matière de soins de santé au pays, j'opterais pour Montréal, Edmonton, Calgary et Victoria. Tous ceux à qui j'ai parlé d'est en ouest ne tarissent pas d'éloges au sujet de ces deux en particulier qui, soit dit en passant, sont dirigées par des femmes, ce qui mérite aussi que l'on s'y arrête.

Dans quelle mesure est-il réellement nécessaire d'établir un leadership progressif au niveau des autorités régionales de la santé pour que ce genre de choses devienne possible?

**Mme Dunbrack:** Je pense que c'est vraiment essentiel, parce que s'ils ne veulent pas s'engager, il ne se passera rien du tout.

**Le président:** On ne peut pas les forcer?

**Mme Dunbrack:** Non, on ne peut pas les forcer. Cependant, je pense que nous pouvons parler des avantages. Par exemple, si je retiens votre argument selon lequel notre système de soins de santé devrait être une industrie de services du XXI<sup>e</sup> siècle, dans ce cas, le client ou le consommateur — l'acheteur en dernier ressort — est le patient. De plus en plus, je pense que l'on se retrouvera en face d'un groupe de vieux baby boomers plus coriaces qui diront: «Nous n'avons pas l'intention de nous laisser faire, si vous pensez que vous allez prendre les décisions pour nous!»

**Le président:** Nous avons eu des nouvelles de Dave Barrett, qui va bientôt avoir 75 ans, lorsque nous sommes allés en Colombie-Britannique, et laissez-moi vous dire qu'il n'a pas perdu une once de l'indépendance d'esprit qu'il avait démontrée

**Ms Dunbrack:** If I were trying to convince the regional health board to become involved, I would say, "You are going to get a much better political ride if you have had a solid process in which you brought the consumer to the table, than if you are trying to impose something and going against the current."

**The Chairman:** May I thank both of you for coming; that was very interesting, and please try to think out some details for us and let us know about them.

**Dr. Camerlain:** Absolutely. Thank you.  
The committee adjourned.

lorsqu'il était premier ministre, il y a 25 ans de cela, donc nous prenons bonne note.

**Mme Dunbrack:** Si je voulais convaincre la régie régionale de la santé de s'engager dans notre processus, je dirais: «Votre situation politique sera beaucoup plus confortable si vous vous reposez sur un processus rigoureux au cours duquel vous faites participer le consommateur, que si vous tentez d'imposer quelque chose et que vous allez à contre-courant.»

**Le président:** Permettez-moi de vous remercier toutes les deux d'être venues témoigner; votre exposé a été très intéressant. Essayez de voir si vous ne pouvez pas trouver du matériel intéressant que vous pourriez nous transmettre.

**Dre Camerlain:** Mais certainement. Merci.  
La séance est levée.



*From the Frosst Health Care Foundation:*

Dr. Monique Camerlain, President of the Board of Directors:

Ms Janet Dunbrack, Executive Director.

*De la Fondation Frosst pour les soins de santé:*

Dre Monique Camerlain, présidente du conseil  
d'administration:

Mme Janet Castonguay, directrice exécutive.

MAIL  POSTE

Canada Post Corporation / Société canadienne des postes

Postage Paid

Post payé

Lettermail

Poste-lettre

03159442

OTTAWA

*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*As Individuals:*

The Honourable Claude Forget;

The Honourable Claude Castonguay;

André-Pierre Contandriopoulos, Professor, Faculty of  
Medicine, University of Montreal.

*From the Hôtel-Dieu Hospital, Québec:*

Dr. Serge Boucher.

*From the Conseil du patronat du Québec:*

Mr. Gilles Taillon, President.

*From the Canadian Chamber of Commerce:*

Ms Nancy Hughes Anthony, President and Chief Executive  
Officer;

Mr. Michael N. Murphy, Senior Vice-President, Policy.

*As Individuals:*

Mr. Jean-Luc Migué;

Mr. Lee Soderstrom, Professor, Department of Economics,  
McGill University.

*From the Montreal Economic Institute:*

Mr. Michel Kelly-Gagnon, Executive Director;

Dr. Edwin Coffey, Retired Associate Professor, Faculty of  
Medicine, McGill University, and Former President of the  
Quebec Medical Association.

*Témoignages à titre personnel:*

L'honorable Claude Forget;

L'honorable Claude Castonguay;

André-Pierre Contandriopoulos, professeur, Faculté de  
médecine, Université de Montréal.

*De l'Hôpital Hôtel-Dieu de Québec:*

Dr Serge Boucher.

*Du Conseil du patronat du Québec:*

M. Gilles Taillon, président.

*De la Chambre de commerce du Canada:*

Mme Nancy Hughes Anthony, présidente-directrice générale;

M. Michael N. Murphy, vice-président principal, Politiques.

*Témoignages à titre personnel:*

M. Jean-Luc Migué;

M. Lee Soderstrom, professeur, Département d'économie,  
Université McGill.

*De l'Institut économique de Montréal:*

M. Michel Kelly-Gagnon, directeur exécutif;

Dr Edwin Coffey, professeur adjoint retraité de la Faculté de  
médecine, Université McGill, et ex-président de  
l'Association médicale du Québec.

*(Continued on previous page)*

*(Suite à la page précédente)*

Available from:  
Public Works and Government Services Canada — Publishing  
Ottawa, Ontario K1A 0S9

En vente:  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada — Édition  
Ottawa, Canada K1A 0S9



11  
C26  
551

Comité  
Publications



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Thursday, November 1, 2001

Le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 2001

Issue No. 40

Fascicule n° 40

**Thirty-third meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

**Trente-troisième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, P.C.	(or Kinsella)
(or Robichaud, P.C.)	Maheu
Cook	Morin
Di Nino	Pépin
Keon	Robertson
Léger	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	* Lynch-Staunton
* Carstairs, c.p.	(ou Kinsella)
(ou Robichaud, c.p.)	Maheu
Cook	Morin
Di Nino	Pépin
Keon	Robertson
Léger	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

MONTREAL, Thursday, November 1, 2001  
(44)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day in the Jolliet Room of the Fairmont Queen Elizabeth Hotel, Montreal, Quebec, at 9:00 a.m., the Acting Chair, the Honourable Yves Morin, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Keon, Kirby, Léger, Maheu, Morin, Pépin, and Robertson (7).

*In attendance:* From the Parliamentary Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos, Research Officer.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For a complete text of the Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*From the Association des optométristes du Québec:*

Dr. Langis Michaud, President:

Marie-Josée Crête, Deputy Director General:

Clairmont Girard, Advisor.

*From the Collège des médecins du Québec:*

Dr. Yves Lamontagne, President:

Dr. André Garon, Deputy Secretary General.

*As an Individual:*

Robert Dorion.

*From the Canadian Life and Health Insurance Association:*

Mark Daniels, President:

Greg Traversy, Executive Vice-President:

Yves Millette, Senior Vice-President, Québec Affairs:

Frank Fotia, Vice-President, Group Insurance.

*As Individuals:*

Dr. Margaret A. Somerville, Acting Director, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University:

Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Department of Economics, McGill University.

*From Merck Frosst Canada Ltd.:*

Kevin Skilton, Director, Policy Planning:

Dr. Terrance Montague, Executive Director, Patient Health.

**PROCÈS-VERBAL**

MONTRÉAL, le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 2001  
(44)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures dans la salle Jolliet de l'hôtel Fairmont Queen Elizabeth, à Montréal (Québec), sous la présidence de l'honorable Yves Morin (*président suppléant*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Keon, Kirby, Léger, Maheu, Morin, Pépin et Robertson (7)

*Aussi présent:* De la Direction de la recherche de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos, attaché de recherche.

*Sont également présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit l'examen de l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte intégral de l'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 des délibérations du comité.*)

**TÉMOINS:**

*De l'Association des optométristes du Québec:*

Langis Michaud, président:

Marie-Josée Crête, directrice générale adjointe:

Clairmont Girard, conseiller.

*Du collègue des médecins du Québec:*

Dr Yves Lamontagne, président.

Dr André Garon, secrétaire général délégué.

*À titre individuel:*

Robert Dorion.

*De l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes:*

Mark Daniels, président:

Greg Traversy, vice-président-directeur général:

Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec)

Frank Fotia, vice-président, Assurance collective.

*A titre individuel:*

Dr Margaret A. Somerville, directrice intérimaire, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, Université McGill:

Robyn Tamblyn, professeur agrégé, Département d'économie, Université McGill.

*De Merck Frosst Canada Ltée:*

Kevin Skilton, directeur, Politique et planification:

Terrance Montague, directeur, Politique en matière de santé.

*From l'Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, Advisor on Health:

Yollande Richer, Vice-President, Communications:

Myroslaw Smereka, Director General.

Dr. Michaud made a statement and, together with Mr. Girard, answered questions.

Dr. Lamontagne made a statement and, together with Dr. Garon, answered questions.

Mr. Dorion made a statement and answered questions.

At 11:30 a.m., the committee suspended.

At 1:50 p.m., the committee resumed, the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

Messrs. Daniels, Traversy, and Millette made a statement and, together with Mr. Fotia, answered questions.

Mr. Skilton, and Doctors Tamblyn, Somerville, and Montague made statements and answered questions.

At 3:10 p.m., the Honorable Senator Morin took the Chair.

Mr. Smereka, Ms Gagnon, and Ms Richer made a statement and answered questions.

At 3:55 p.m., it was agreed that the committee adjourn to the call of the Chair.

*ATTEST:*

*De l'Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, conseillère sur la santé:

Yolande Richer, vice-présidente, Communications:

Myroslaw Smereka, directeur général.

M. Michaud fait une déclaration et répond aux questions avec M. Girard.

Le Dr Lamontagne fait une déclaration et répond aux questions avec le Dr Garon.

M. Dorion fait une déclaration et répond aux questions.

À 11 h 30, la séance est suspendue.

À 13 h 50, la séance reprend sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

MM. Daniels, Traversy et Millette font une déclaration et, avec M. Fotia, répondent aux questions.

MM. Skilton et Montague et Mmes Tamblyn et Somerville font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 10, l'honorable sénateur Morin prend le fauteuil.

M. Smereka, Mme Garon et Mme Richer font une déclaration et répondent aux questions.

À 15 h 55, il est convenu que le comité s'ajourne jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

*Le greffier suppléant du comité,*

Till Heyde

*Acting Clerk of the Committee.*



## EVIDENCE

MONTREAL, Thursday, November 1, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met today at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Yves Morin** (*Acting Chairman*) in the Chair.

[Translation]

**The Acting Chair:** This morning, the Chair will be directing the proceedings in French, given that our original Chairman, Senator Kirby, is unfortunately unable to be with us for a while.

I would like to welcome the Quebec Association of Optometrists, represented by Dr. Langis Michaud, President, in the centre; Ms Marie-Josée Crête, Assistant Director General, on my right; and Mr. Clermont Girard, Advisor to the Association, who is seated to my left. Welcome.

Mr. Michaud, I imagine you will be making a brief presentation. After that, there will certainly be questions from members, since this is a topic of great interest to us.

You have provided us with a document that we are currently distributing. Dr. Michaud, please proceed.

**Dr. Langis Michaud, President, Quebec Association of Optometrists:** I want to thank the Standing Committee for inviting the Quebec Association of Optometrists to appear. It is a pleasure to meet with you today and present our views on the health care system in Canada.

I would first like to take a few minutes to talk about the status of optometry in Quebec. Based on my discussions with a number of politicians, it would seem that they do not always have a clear understanding of the status of optometry in Quebec.

In the 21st century, practising optometrists perform duties that go well beyond simple eye examinations, dispensing glasses to patients and providing eyewear-related services. They are top professionals, with a university degree based on five years of study. One of the only schools of optometry in Canada is located here in Montreal, at the University of Montreal. The other is in Waterloo, Ontario. There are 40 graduates a year in Montreal, and 60, in Waterloo.

We are in fact the gateway to front-line oculo-visual care, both in Quebec and across Canada. Our training relates to ocular pathology, recognition of the signs and symptoms of ocular pathologies, as well as vision, visual training, strabismus, crossed eyes and learning problems. These are services we provide on a daily basis.

In Quebec in particular, we have, since last year, had the right to prescribe medication to treat eye disease. Along with the Yukon, we are the fourth province to have given optometrists the right to prescribe medication to treat eye disease, which has been common all across the United States since 1976. So, we are really front-line players, like general practitioners, when it comes to

## TÉMOIGNAGES

MONTREAL, le jeudi 1<sup>er</sup> novembre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui 9 heures pour étudier l'état du système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Yves Morin** (*président intérimaire*) occupe le fauteuil.

[Français]

**Le président intérimaire:** Ce matin, la présidence va se faire en français parce que notre président habituel, le sénateur Kirby, doit malheureusement être absent pendant quelque temps.

Je voudrais d'abord souhaiter la bienvenue à l'Association des optométristes. Le Dr Langis Michaud, le président, est au centre; Mme Marie-Josée Crête, la directrice générale adjointe, est à ma droite; et M. Clermont Girard, qui est le conseiller, est à ma gauche. Je vous souhaite la bienvenue.

Je suppose, monsieur Michaud, que vous allez d'abord faire une courte présentation. Ensuite il y aura sûrement des questions parce que c'est un sujet qui nous intéresse beaucoup.

Vous nous avez transmis un document au préalable que nous sommes en train de distribuer. Monsieur Michaud, la parole est à vous.

**Dr Langis Michaud, président, Association des optométristes du Québec:** Je remercie le comité sénatorial de recevoir l'Association des optométristes du Québec. C'est un plaisir de venir vous rencontrer aujourd'hui et de partager notre point de vue sur le système canadien de santé.

Dans un premier temps, je prendrai quelques minutes pour définir exactement le statut de l'optométrie au Québec. J'ai rencontré plusieurs personnes dans le milieu politique et j'ai constaté que, dans ce milieu, le statut de l'optométrie au Québec n'est pas toujours bien défini.

L'optométriste de nos jours, dans les années 2000, exerce des fonctions bien au-delà de celui qui examine la vision et qui fournit aux patients des lunettes et des services reliés à la lunetterie. C'est un professionnel de première ligne, diplômé à l'université après cinq ans d'études. Une des deux seules écoles d'optométrie au Canada est ici à Montréal, à l'Université de Montréal; l'autre est à Waterloo, en Ontario. Il y a quarante diplômés par année à Montréal, et soixante à Waterloo.

En fait, nous sommes la porte d'entrée de la première ligne des soins oculo-visuels, autant au Québec que partout au Canada. Notre formation est autant au niveau de la pathologie oculaire, de la reconnaissance des signes et symptômes des pathologies oculaires, que de la vision, de l'entraînement visuel, du strabisme, des yeux croches, des difficultés d'apprentissage. Ce sont les services que nous offrons à tous les jours.

Et au Québec particulièrement, depuis l'an dernier, nous avons acquis le droit de prescrire les médicaments pour soigner les maladies de l'oeil. En plus du Yukon, nous sommes la quatrième province qui a obtenu le droit de prescrire les médicaments pour soigner les maladies de l'oeil, comme ça se fait partout aux États-Unis depuis 1976. Donc, nous sommes vraiment des acteurs

providing eye care, in addition to playing our traditional role in terms of performing eye exams and dispensing optic products such as eye glasses and contact lenses.

Despite this change in status in recent years, for the purposes of the health care system in Canada, we are still considered to provide so-called complementary services. As you know, the Canada Health Act and its extension to Quebec go back a long way, to the point where the definitions set out in the legislation no longer jibe with the current reality. As far as we are concerned, "complementary services" under the Act no longer fits the reality of modern optometry, as I have described it.

The fact that we are deemed to provide complementary services led the government of Quebec, along with many other provincial governments, to de-list some of our services in 1992-93. And last year, we faced the threat of complete de-listing of our services, a threat that was withdrawn at the last minute, but is still present.

Because we provide front-line care to Canadians, we see this classification of services as unfair, and the constant threat of de-listing of government-funded services, even more unfair. This would deprive citizens, particularly in areas where there are no other front-line services available. Ophthalmologists, who provide other oculo-visual services, practice primarily in the major cities. There 200 of us in Quebec City, and 1,200 scattered across the province. So, the Gaspé, the North Shore and the Abitibi, for example, are regions where few ophthalmological services are available. Optometry is the only access point. In places like Trois-Rivières and Thedford Mines, which are semi-urban areas, ophthalmologists are not taking any more patients. Services are therefore provided by optometrists. So, the de-listing of these services would be disastrous for the majority of the people living in these regions, since they would be forced to go to urban areas, like Quebec City, Montreal or Sherbrooke, to access them, or rely on university centers, where ophthalmological services are concentrated.

The de-listing of services in 1992-93 did not include services for children aged 0 to 18 or people 65 years of age and over. They continue to be insured. Since people aged 19 to 64 have been deprived of insured services, we have noted a decline in the frequency of consultations by patients in this age group. We are no longer providing preventive services, even though we know that prevention is the key to maintaining good health. We now provide strictly curative services. People come to us when they have to, but consult us much less for preventative purposes.

Furthermore, successful re-entry into the labour force requires good vision and good eye health. As regards eye emergencies, the current system is quite poorly defined, which means that services are not necessarily insured. People aged 19 to 64 have to pay out of their own pockets to receive our services. To a certain extent, that forces people to consult physicians in the hospital setting and

de première ligne, au même titre que les médecins généralistes, pour les soins oculaires, en plus de notre rôle traditionnel au niveau de la vision et de la fourniture des produits optiques que sont la lunetterie et la lentille cornéenne.

Malgré ce changement de statut au cours des récentes années, on considère encore, dans le système de santé canadien, que nous offrons des services dits complémentaires. Vous savez que la Loi canadienne et son extension au Québec date depuis fort longtemps et que les définitions ne correspondent plus à notre réalité. Donc, «services complémentaires» pour nous, cela ne correspond plus à la réalité de l'optométrie moderne que je viens de vous décrire.

Le fait de dire que nous offrons des services complémentaires a conduit le gouvernement du Québec, comme bien d'autres gouvernements provinciaux, à rendre une partie de nos services non-assurables dans les années 1992-1993. Et l'an dernier nous avons vécu une menace de «non assurance» complète de nos services, qui a été retirée à la dernière minute mais qui est toujours en cours malgré tout.

Comme nous fournissons des soins de première ligne à la population, nous croyons inéquitable cette classification de services complémentaires, et encore plus inéquitable cette menace constante d'avoir une coupure au niveau des services assurables gouvernementaux. Cela priverait les populations, plus particulièrement dans les régions où il n'y a pas d'autres services accessibles en première ligne. Les ophtalmologistes qui fournissent les autres services oculo-visuels sont principalement en ville. Nous sommes 200 à Québec, et 1 200 en tout répartis sur tout le territoire. Donc, si on pense à la Gaspésie, à la Côte-Nord ou à l'Abitibi, ce sont des régions où il y a peu de services ophtalmologiques. L'optométrie est la seule porte d'entrée. Dans des régions comme Trois-Rivières et Thedford Mines, qui sont des régions semi urbaines, les ophtalmologistes ne prennent plus aucun nouveau patient. Alors les services sont assurés par les optométristes. Alors, de rendre ces services non-assurables serait une catastrophe pour la majorité des citoyens de ces régions qui devront donc recourir à des services en milieu urbain, à Québec, à Montréal ou à Sherbrooke, ou bien à des services offerts dans les centres universitaires où sont concentrés les services d'ophtalmologie.

La «non assurance» de 1992-1993 n'a pas touché les services aux enfants âgés de 0 et 18 ans et aux personnes âgées de 65 ans et plus. Ces services demeurent assurés. Depuis que l'on a privé les gens âgés entre 19 ans et 64 ans de services assurés, on a vu un changement au niveau de la fréquence des consultations de ces gens-là dans nos bureaux. On ne fait plus du tout de services préventifs, alors qu'on sait qu'en santé, l'élément de prévention est essentiel si on veut maintenir une santé adéquate. On ne fait que du curatif. Les gens nous consultent quand ils ont des besoins, mais ils nous consultent beaucoup moins au niveau préventif.

Pour ce qui est de la réinsertion au travail d'excellence, cela prend une bonne vision, cela prend une bonne santé oculaire. Si on parle d'urgence oculaire, à l'heure actuelle, le système est un peu flou, c'est-à-dire que les services ne sont pas nécessairement assurables. Les gens doivent payer pour avoir recours à nos services s'ils sont âgés entre 19 ans et 64 ans. Cela oblige les



at emergency departments, which clogs the health care system even more and results in longer waiting lists.

The current situation is unfair and has severely penalized practitioners in our field, as well as limiting patients' access to services, particularly in the regions I mentioned earlier.

That was a brief overview of the situation in Quebec. I am now available to answer your questions, if you have any.

We have reviewed the report you released touching on some of your work, including Volume 4, which has just been released. We agree with almost all your findings.

I would like to focus on the three most important points we make in our brief. First, we say that we endorse the five conditions set out in the Canada Health Act, including public administration, which is the basis for our health care system. However, we believe that in order for these conditions to continue to be met, adequate funding is needed. In the absence of adequate funding, it becomes difficult, if not impossible, to force the provinces and health care administrators to meet those five requirements. You cannot impose conditions unless you're prepared to provide the financial support that is needed for those conditions to be met.

Second, we believe the Canada Health Act should be amended. It focuses on so-called medical services — in other words, those provided in the hospital or by a physician. In optometry, as in many other areas, the most efficient way of providing health care is not in physicians' offices and hospitals. There are currently a number of players, including optometrists, providing such services.

Because our services are not consistent with the definition of medical services or hospital services, we end up being lumped in with complementary services and, depending on the vagaries of provincial budgets, services may or may not be insured. We are of the view that at the very least, therapeutic services, eye emergencies, eye care and treatment of eye disorders must be provided for under the Canada Health Act. Here we are not talking about eye examinations and eyeglass dispensing; we are talking about our actual workload, which includes the medical aspects of optometry. We should be taking an approach based on the services to be provided, rather than the person providing them. So, instead of referring to physicians or hospitals, we should be talking about insurable services, whoever the provider may be, as long as the person providing them is a registered professional qualified to prescribe medications, with a university medical degree or registered under the laws of the province or territory where they apply. The other essential point is that the service is what must be insured, rather than the physician or the hospital.

The third point we want to emphasize is that the administration of the health care system must continue to be a provincial responsibility. The role of the federal government is obviously important with respect to health, research, standardization of services all across the country and, of course, financial support.

gens, jusqu'à un certain point, à consulter des médecins en milieu hospitalier, aux services de l'urgence, ce qui congestionne encore plus le système et allonge les listes d'attente.

C'est donc une situation inéquitable qui a beaucoup pénalisé nos praticiens, qui a diminué la facilité d'accès des populations à nos services, plus particulièrement dans les régions que j'ai mentionnées tout à l'heure.

Voilà un bref survol de la situation de l'optométrie au Québec. Je répondrai à vos questions si vous en avez.

Nous avons pris connaissance du document que vous avez publié en marge de vos travaux, entre autres le volume 4 qui vient d'être publié. Nous sommes d'accord avec presque toutes les conclusions auxquelles vous arrivez.

Je vais parler de trois éléments essentiels de notre mémoire. Nous disons d'abord que nous sommes d'accord avec les cinq critères de la Loi canadienne sur la santé, dont la gestion publique, qui ont été à la base du système de santé. Nous disons que pour maintenir ces cinq conditions, il faut assurer un financement adéquat. À défaut de financement adéquat, il devient difficile, sinon impossible, d'exiger que les provinces et que les responsables du système de santé adhèrent aux cinq critères. On ne peut pas donc pas imposer les critères et ne pas donner par la suite le soutien financier pour arriver à cette fin.

Dans un deuxième temps, nous pensons que la Loi canadienne actuelle sur la santé devrait être modifiée. Elle est centrée sur les services dits médicaux, donc fournis par un médecin ou bien sur les services fournis en hôpitaux. En optométrie, comme dans plusieurs autres secteurs, la façon la plus efficiente de donner des soins de santé se situe bien en dehors des cabinets médicaux et des hôpitaux. Maintenant il y a plusieurs acteurs, dont les optométristes, qui fournissent ces services.

Comme nos services ne font pas partie de la définition des services médicaux ni des services hospitaliers, nous nous trouvons dans la situation des services dits «complémentaires» et c'est au gré des aléas budgétaires de la province que les services sont assurables ou pas. On est d'avis qu'à tout le moins, les services de thérapeutique, d'urgence oculaire, de soins oculaires et de maladies doivent faire partie intégrante de la Loi canadienne sur la santé. Et on ne parle pas de vision, de lunettes, on parle vraiment de notre charge de travail qui comprend l'aspect «médical» de l'optométrie. On doit adopter une approche basée sur le service à rendre plutôt que sur celui qui le rend. Qu'on ne parle plus de médecin ou d'hôpital mais parlons de services assurables, peu importe qui les fournit, étant donné que la personne qui le fournit est évidemment un professionnel autorisé à prescrire des médicaments, muni d'un diplôme universitaire, d'un doctorat universitaire, ou autorisé par les lois des territoires où cela s'applique. Il faut que le service qui est rendu soit assurable et non pas le médecin ou l'hôpital.

Le troisième élément sur lequel on insiste est que la gestion du système de santé doit demeurer une prérogative provinciale. Le rôle du gouvernement fédéral est évidemment important en ce qui a trait à la santé, à la recherche, à l'uniformisation des services à la grandeur du pays, et aussi, bien sûr, au niveau du soutien

But the management and organization of services in the field must be geared as closely as possible to the needs of citizens, and as far as we are concerned, it must remain a provincial prerogative. That being the case, we agree that our services must be partly funded by the federal government. However, the way those services are organized in the field, as well as the definition of insured services or otherwise, must be determined by the province.

**The Acting Chair:** Thank you, Mr. Michaud. Some of the members' questions will be asked in English. However, we do have interpretation, if you care to use it. You may answer in the language of your choice.

Before I give the floor to Dr. Keon, I would like to ask a question myself, because you are the first optometrist we have heard from.

What is the current situation in terms of the prerogatives enjoyed by optometrists and the way they organize their work? Could you give us a brief overview of the way optometrists operate outside Quebec? Are there differences from one province to the next as regards rights, health care system claims, and so on?

**Mr. Michaud:** First of all, with respect to training, as I pointed out earlier, there are two schools in Canada — one in Waterloo and one in Montreal — where most Canadian optometrists receive their training. There are a certain number of Canadian applicants who train in the United States, and because space is limited in our universities, this gives an advantage to American schools. Some students train in the United States and come back to Canada to practice. Our two schools are recognized by the Council on Optometric Education, an organization connected to the American Department of Education, which ensures that optometrists receive standardized training throughout North America.

The school in Montreal is recognized as being in the top quartile of optometric schools, which means that it can be considered among the top North American schools. It is the same for Waterloo. Our Canadian schools have a very good reputation in relation to American schools. All Canadian optometrists have the same basic training, meaning that they have completed a five-year program. Training for professional doctors of optometry focuses on traditional vision problems, visual rehabilitation, binocular vision, the way both eyes work together — in other words, strabismus, and so on. But their training also focuses on recognizing eye pathologies and, now, on the treatment of such pathologies.

The first province to legislate eye therapeutics in Canada was Alberta, in 1995, followed by Saskatchewan and New-Brunswick in 1996. Yukon followed suit in 1998. In 2000, Nova Scotia and Quebec passed similar legislation, giving optometrists the right to prescribe drugs.

Some provinces still do not provide for eye therapeutics, but we expect that within the next two or three years, most provinces will have passed legislation to give optometrists the right to practice ocular therapeutics. Training has already been provided. Optometrists are already trained to provide such services.

financier. Mais la gestion et l'organisation sur le terrain doit être le plus proche possible des besoins des citoyens, et de notre point de vue, elle doit demeurer une prérogative provinciale. Dans cette optique, nous sommes d'accord que nos services soient en partie financés par le fédéral. Mais l'organisation sur le terrain ainsi que la définition de ce qui est assurable ou pas, devraient à ce moment-là être déterminés par la province.

**Le président intérimaire:** Merci, monsieur Michaud. Certaines des questions vous seront adressées en anglais. Il y a un système d'interprétation, si vous le désirez. Vous pourrez répondre dans la langue de votre choix.

Avant de donner la parole au Dr Keon, je voudrais en premier lieu poser une question, parce que vous êtes parmi les premiers optométristes que nous rencontrons.

Quelle est la situation de l'organisation du travail et des prérogatives des optométristes? Pourriez-vous nous donner un bref survol de la situation des optométristes en dehors du Québec? Y a-t-il des différences entre les optométristes, d'une province à l'autre, au niveau des prérogatives, des réclamations à l'assurance-maladie, et ainsi de suite?

**M. Michaud:** Sur la formation d'abord, comme je le disais, il y a deux écoles au Canada, à Waterloo et à Montréal, qui forment la majorité des optométristes canadiens. Il y a un certain nombre de candidats canadiens qui suivent leur formation aux États-Unis et comme la capacité d'accueil de nos universités est limitée, cela favorise les écoles américaines. Il y a un certain nombre d'étudiants qui suivent leur formation aux États-Unis et qui reviennent pratiquer au Canada. Nos deux écoles sont reconnues par le Council on Optometric Education, un organisme rattaché au ministère de l'Éducation américain, qui assure l'uniformité de la formation des optométristes dans tout le territoire nord-américain.

L'école de Montréal est reconnue comme faisant partie du premier quartile des écoles, donc elle se situe au niveau supérieur des écoles nord-américaines. Waterloo est également dans ce secteur-là. Nos écoles canadiennes sont donc très performantes par rapport aux écoles américaines. Tous les optométristes canadiens ont la même formation de base, c'est-à-dire une formation de cinq ans. Le doctorat professionnel en optométrie est orienté vers les problèmes traditionnels de vision, de rééducation visuelle, de vision binoculaire, du travail des deux yeux ensemble, donc du strabisme, et cetera. Mais l'orientation vise aussi la reconnaissance de pathologie oculaire et, maintenant, le traitement de la pathologie oculaire.

La première province qui a légiféré au Canada sur la thérapie oculaire est l'Alberta, en 1995, suivie de la Saskatchewan et du Nouveau-Brunswick en 1996. Après, ce fut le Yukon, en 1998. Et en 2000, la Nouvelle-Écosse et le Québec ont légiféré, donnant aux optométristes le droit de prescrire des médicaments.

Il y a encore des provinces qui n'ont pas encore cette thérapie oculaire, mais on s'attend à ce que d'ici deux ou trois ans, la majorité des provinces vont légiférer pour donner à l'ensemble des optométristes le droit de pratiquer la thérapie oculaire. Les cours de formation ont eu lieu. Les optométristes sont formés pour le faire.



In the United States, the process was similar. It began in the Midwest in 1976, and between 1976 and 1990, the 50 States passed legislation one after the other to allow optometrists to practice ocular therapeutics.

With respect to government reimbursement, only two or three provinces have no system in place to reimburse examination fees. Therefore, whatever their age, people are required to pay their own examination fees. Most of the other provinces, with the exception of Ontario, insure people aged 0 to 18, as well as those over the age of 65. About two weeks ago, British Columbia de-listed such services for people aged 19 to 64. In that province, it will therefore be more difficult, for budgetary reasons, to have one's eyes examined. Again, according to the federal Act, such services are deemed to be complementary. In Ontario, everyone is insured, but people are limited to one eye examination every two years. This creates problems because optometrists have to check with Ontario Government authorities to determine whether their patient has been examined by another Ontario optometrist over the last two years. Thus an authorization number is needed for every patient. In terms of administration, that is an extremely cumbersome system.

**The Acting Chair:** What provinces do not insure any of these services?

**Mr. Michaud:** If memory serves me, there are some in the Atlantic region — Newfoundland and Prince Edward Island, if I am not mistaken. Nova Scotia has now agreed to insure services related to medical emergencies, diabetes, diabetes-related examinations, and eye emergencies associated with ocular therapeutics. Other examinations are not insured.

**The Acting Chair:** Thank you very much.

[English]

**Senator Keon:** Would you lead me through the process of remuneration for you for those services that are covered? How do you receive payment?

**Dr. Michaud:** Those people who benefit from the coverage of medicare, that means those people under 18 years of age and over 64, just have to present their medicard and I bill the government directly. I receive the payment from the government. Other patients I charge directly, up front. They pay for their examination immediately after the examination.

The only exception in those aged between 19 and 64 are those patients who have security revenue, Welfare. They are entitled to one examination every two years, and I charge exactly the same amount as I charge for those patients who have a medicard.

**Senator Keon:** What patients would be covered if they consulted an ophthalmologist rather than an optometrist?

**Dr. Michaud:** All patients are covered for ophthalmological services, except if the service is required only for a visual examination, the refraction.

We just completed a survey of ophthalmologists in our province. Many ophthalmologists are too busy to perform only

Aux États-Unis, cela s'est fait de la même façon. Cela a commencé dans la région du Midwest en 1976, et entre 1976 et 1990, les cinquante états ont légiféré tour à tour pour permettre aux optométristes de pratiquer la thérapeutique oculaire.

En regard du remboursement gouvernemental, il n'y a que deux ou trois provinces qui n'ont aucun système gouvernemental de remboursement des frais d'examen. Donc, peu importe leur âge, les gens doivent payer les frais de leurs examens. La majorité des autres provinces, à l'exception de l'Ontario, assurent les gens âgés de 0 à 18 ans, ainsi que les gens âgés de plus de 65 ans. La Colombie-Britannique vient d'enlever l'assurance des gens âgés de 19 ans à 64 ans il y a à peu près deux semaines. Dans cette province, il sera donc plus difficile, pour des raisons budgétaires, de se faire examiner les yeux. Encore une fois, selon la loi canadienne, ce ne sont que des services complémentaires. En Ontario, on en l'assurance pour tout le monde, mais avec une restriction d'un examen assuré à tous les deux ans. Cela cause problème parce que l'optométriste doit, pour chacun de ses patients, vérifier auprès du gouvernement ontarien si la personne a eu un examen chez un autre optométriste ontarien depuis deux ans. Il faut donc un numéro d'autorisation pour chaque patient. Il s'agit d'une gestion administrative absolument incroyable.

**Le président intérimaire:** Quelles sont les provinces qui ne prévoient aucune assurance?

**M. Michaud:** De mémoire, je pense que c'est dans l'Atlantique, Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard, je pense. La Nouvelle-Écosse vient de fournir certaines assurances pour les urgences médicales, le diabète entre autres, l'examen de diabète, et les urgences oculaires liées à la thérapeutique oculaire. Les autres examens ne sont pas assurés.

**Le président intérimaire:** Merci beaucoup.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Pourriez-vous m'expliquer comment vous êtes rémunérés pour les services qui sont assurés? Comment recevez-vous ce paiement?

**M. Michaud:** Les personnes qui sont assurées dans le cadre du système de soins — c'est-à-dire les gens âgés de moins de 18 ans et de plus de 64 ans — doivent simplement présenter leur carte d'assurance-maladie et ensuite je facture le gouvernement directement. Je reçois donc le paiement du gouvernement. Les autres patients doivent payer immédiatement. C'est-à-dire qu'ils paient l'examen tout de suite après.

La seule exception concerne les personnes âgées de 19 à 64 ans qui touchent l'assistance sociale. Elles ont droit à un examen tous les deux ans, et je leur fais payer le même montant qu'aux patients qui possèdent une carte d'assurance-maladie.

**Le sénateur Keon:** Et quels patients seraient assurés s'ils consultaient un ophtalmologue plutôt qu'un optométriste?

**M. Michaud:** En ce qui concerne les services ophtalmologiques, tous les patients sont couverts, même s'il s'agit d'un simple examen de la vue ou de la réfraction.

Nous venons de terminer un sondage mené auprès des ophtalmologues de la province. Bon nombre d'ophtalmologues

refraction and vision exams. In that sense, all their services are covered because they intervene in only medical conditions.

**Senator Keon:** Could, for example, a person who becomes hypertensive use that as a reason for seeing an ophthalmologist, and have the refraction paid for?

**Dr. Michaud:** Yes, but the patient will have to pay. More than that, if a diabetic patient is seen by his general practitioner, and the general practitioner wants to have an opinion on the ocular health of that particular patient, he has to refer to an ophthalmologist or to an optometrist. We are allowed to perform the fundus evaluation of a diabetic patient under dilation. If the patient is seeing an optometrist, this is not covered by the medicare program, and he has to pay for his examination. The same service, delivered by an ophthalmologist, is covered by Canadian law, but the patient will probably have to wait six months. However, he will be covered at that time.

It is certainly not fair, particularly for patients who live in rural regions or for Aboriginal people, many of whom suffer from diabetic conditions. If they see an optometrist on their reserve they have to pay. It is unfair.

**Senator Keon:** Do the insurance companies go by the same rules as the Quebec government?

**Dr. Michaud:** About one third of the patients are covered by private insurance programs. However, that is part of the private sector-public sector debate. If you consider the cost for a patient who requires ocular health services, if he has to pay on the basis of his income tax, and you add to that an insurance fee, it will cost more than it does to be covered by the public services.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** I have a supplementary question, and if this is unfair, please do not answer it. Is the fee you get paid by the government for someone over 65 the same as what you would receive if you performed exactly the same procedure on someone who was paying for it himself or herself and who was, say, 50 years old?

**Dr. Michaud:** No. We charge higher fees for private patients.

**The Chairman:** That could be for one of two reasons: either you are allowed to do that, or there are higher administrative costs and so on associated with a private patient.

**Dr. Michaud:** What we charge to the "private patient" represents what is our administrative cost to perform an examination. For some reason, we are underpaid by the government. It is as a result of negotiations with the government.

sont trop occupés pour faire uniquement des examens de la réfraction et de la vue. Dans ce sens, tous leurs services sont assurés, puisqu'ils n'interviennent que pour traiter des affections médicales.

**Le sénateur Keon:** Par exemple, une personne qui souffre d'hypertension, pourrait-elle évoquer cette affection pour pouvoir consulter une ophtalmologue et se faire payer ainsi l'examen de la réfraction?

**M. Michaud:** Oui, mais c'est le patient qui serait tenu de payer. De plus, si un patient diabétique se fait examiner par son omnipraticien, et que ce dernier veut obtenir un deuxième avis sur la santé oculaire de ce patient, il doit l'orienter vers un ophtalmologue ou un optométriste. Nous avons le droit de faire l'examen du fond de l'oeil d'un patient diabétique après dilatation. Si le patient est traité par un optométriste, les frais ne sont pas assurés par le système de soins, si bien qu'il doit payer lui-même les frais de son examen. Ce même service, s'il est fourni par un ophtalmologue, est assuré aux termes de la loi canadienne, mais le patient aura probablement à attendre six mois. Mais il sera tout de même assuré.

Cette situation est tout à fait injuste, notamment pour les patients qui vivent en milieu rural ou pour les Autochtones, dont un grand nombre souffrent d'affections liées au diabète. S'ils consultent un optométriste dans la réserve, ils sont tenus de payer. C'est injuste.

**Le sénateur Keon:** Les compagnies d'assurance appliquent-elles les mêmes règles que le gouvernement du Québec?

**M. Michaud:** Environ un tiers des patients sont assurés grâce à des programmes d'assurance privés. Mais tout cela fait partie du débat sur le rôle des secteurs privé et public. En ce qui concerne le coût pour un patient qui a besoin de services de santé oculaires, si ce patient doit payer en fonction de l'impôt sur le revenu, et que vous y ajoutez les frais d'assurance, il lui coûtera plus cher de cette façon que de se faire assurer par le système public.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

**Le président:** J'ai une question complémentaire, et si vous la trouvez injuste, n'y répondez surtout pas. Est-ce que les honoraires que vous verse le gouvernement pour un patient âgé de plus de 65 ans sont les mêmes que vous recevriez si vous assuriez ce même service à quelqu'un qui paie lui-même ou qui a, mettons, 50 ans?

**M. Michaud:** Non. Nous faisons payer plus cher les patients privés.

**Le président:** Cela ne peut être que pour deux raisons: ou alors vous avez le droit de le faire, ou alors vos frais administratifs sont plus élevés pour traiter un patient privé.

**M. Michaud:** Ce que nous faisons payer au «patient privé» correspond aux coûts administratifs de l'examen en question. Pour une raison qui m'échappe, nous sommes sous-payés par le gouvernement. Voilà le résultat de nos négociations avec le gouvernement.



**Mr. Girard:** There is another reason for that. You know, when you have a public program and there is no fee barrier, the number of patients is assured, that is, those under 18 and over 64. However the number of patients decreases when they have to pay. Therefore, we see fewer patients, but we have the same expenses. The volume is down, so to get the same income to cover your expenses, you have to increase the fees on the private side.

**The Chairman:** That is helpful. Thank you.

[Translation]

**Senator Pépin:** I understand that costs are staying at the same level, whereas the number of patients is declining. Is that why, when you consult an ophthalmologist, even if you show your health insurance card, you are asked to pay an additional \$25 or \$35, to cover administrative services?

**Mr. Michaud:** Yes, that is correct.

**Senator Pépin:** So, that is the reason.

**Mr. Michaud:** Some practicing ophthalmologists take certain liberties with respect with incidental service costs. They may say they are charging for the drops they use to dilate your pupil or they may apply so-called administrative charges. Theoretically, if you look at the provisions of the Act carefully, it does not give them the right to charge for drops. So now they talk about administrative costs. As a result, the patient is required to pay twice, even though the service is insured by the province.

Among optometrists, the practice at this time is not to ask insured patients to pay for such things as drops. I believe only about 10 per cent of optometrists have adopted such a practice. Ordinarily, we accept whatever the province pays us for insured patients. Of course, the rates charged uninsured patients, given that they are higher, include the use of drops and associated administrative costs.

**Senator Pépin:** In the Abitibi, for example, or in other remote areas, are your services insured by the government, or are they still provided privately?

**Mr. Michaud:** No, it is the same thing.

**Senator Pépin:** Oh, I see.

**Mr. Michaud:** The insurance is exactly the same everywhere, whatever the region, even if ophthalmological services are not available. Trois-Rivières is the best example of that. Trois-Rivières is not part of the Third World. And yet there are only three ophthalmologists left there, and one of the three is only in private practice. He performs laser surgery and cataract surgery, but no longer accepts patients insured under the provincial health care plan. The other two ophthalmologists are so overloaded they cannot see any new patients.

**M. Girard:** Il y a une autre raison également. Vous savez, dans le cadre d'un programme public où il n'y a pas de plafond de fixé pour les honoraires, tous les patients admissibles sont assurés — c'est-à-dire ceux qui ont moins de 18 ans et plus de 64 ans. Cependant, le nombre de patients diminue lorsque ces derniers sont tenus de payer eux-mêmes ces services. Donc, nous traitons moins de patients, mais nos dépenses sont les mêmes. Comme le volume est inférieur, pour toucher le même revenu et supporter l'ensemble de nos dépenses, nous sommes obligés de faire payer plus cher les patients privés.

**Le président:** Merci pour cette explication. C'est très utile.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Je comprends très bien que les frais se maintiennent, et que le nombre de patients diminue. Est-ce pour cette raison que lorsqu'on consulte un ophtalmologiste, même si on présente la carte d'assurance-maladie, on nous demande en plus 25.00 \$ ou 35.00 \$, en disant que c'est pour défrayer les services de bureau?

**M. Michaud:** C'est exact.

**Le sénateur Pépin:** Est-ce que c'est cela?

**M. Michaud:** En ophtalmologie, certains praticiens se donnent certaines permissions en ce qui a trait aux frais accessoires de services. En fait, ils vont dire qu'ils réclament des frais pour les gouttes qui servent à dilater la pupille des yeux ou bien des frais dits administratifs. Selon la loi, en théorie, si on regarde bien, ils n'ont pas le droit d'exiger des frais pour les gouttes. Ils parlent maintenant de «frais administratifs». Le patient doit donc payer deux fois, même si le service est assuré par la province.

Dans le cas de l'optométrie, cela n'est pas encore entré dans nos moeurs, d'exiger des frais pour les gouttes chez les patients qui sont assurés. Je pense qu'il y a à peine 10 p. 100 des optométristes qui ont cette tendance. Habituellement, on prend comme paiement ce que la province nous donne pour les personnes assurées. Et dans les tarifs réclamés aux personnes non assurées, évidemment, comme ils sont plus élevés, cela inclut aussi l'utilisation et les frais administratifs en ce qui a trait aux gouttes.

**Le sénateur Pépin:** En Abitibi, par exemple, ou dans les autres régions éloignées, est-ce que vos services sont assurés par le gouvernement, ou est-ce encore du domaine privé?

**M. Michaud:** Non, c'est la même chose.

**Le sénateur Pépin:** C'est la même chose?

**M. Michaud:** L'assurance est exactement pareille partout, peu importe la région, même si les services d'ophtalmologie ne sont pas disponibles. Trois-Rivières est le plus bel exemple. Trois-Rivières ne fait tout de même pas partie du tiers-monde. Cependant, il ne reste que trois ophtalmologistes, et un des trois ne travaille que dans le domaine privé. Il fait des chirurgies au laser, il fait des chirurgies de cataractes, mais il n'accepte plus de patients qui sont assurés par le régime provincial. Les deux autres ophtalmologistes sont tellement débordés qu'ils ne prennent aucun nouveau patient.

So, if a patient develops glaucoma or an eye pathology that we are unable to treat — because there are limits to our treatment capability — we have no choice but to send that patient to Quebec City or Montreal. That only increases waiting lists in Quebec City and Montreal. The system thus becomes overloaded, not to mention the fact that the patients have to pay for their own travel costs, and that these patients are often seniors. Frequently the spouse or a member of the family provides transportation. Some have to take taxis or use public transit, which still costs them a certain amount of money. These are insidious health costs.

People say the system is expensive, but when we are looking at the overall costs, we have to consider that the average citizen absorbs these kinds of costs, which could easily be covered if there were fair access to our services through public funding, and if no one were forced to travel.

**Senator Pépin:** I may be wrong, but perhaps your representations concern the provincial government more than the federal government.

**Mr. Michaud:** We know that the federal government considers our services to be “complementary.” And in that sense, it is important to emphasize that we are talking about prescription medical services — not about eye examinations. So, because we are deemed to provide complementary services, the province has the choice of insuring our services or not insuring them. As a result of the budgetary pressures that all provinces have experienced, our services were de-listed in 1992-93, meaning that only minimal insurance was available.

It is not even a matter of re-insuring medical services, because the province does not have the money. That is why we are saying to the federal government that it has two responsibilities: first, to broaden the definition of insured services under the Canada Health Act, which is currently limited to physicians and hospitals, and focus on insured services, rather than the prescribing physician or facility; and second, to provide adequate funding of insured services under the Canada Health Act.

The federal government has the responsibility to change the definition, and then to provide adequate funding, once the new definition is in place. The legislation still refers to medical services. Obviously, the current situation could not have existed in 1970, when the Act was passed, because optometry as it was practiced then did not include treatment of such disorders in 1970, and thus was not the form of modern optometry we are referring to here. Such disorders are currently being treated by optometrists. So, we believe the legislation must evolve to jibe with the new reality. We are not blaming anyone.

**Senator Pépin:** And then there are the Aboriginal people.

**Mr. Michaud:** Yes.

**Senator Pépin:** You referred to the Aboriginal people. Are none of the services provided to members of Aboriginal communities paid for?

Si un patient développe du glaucome ou une pathologie oculaire qu'on ne peut pas traiter, parce qu'il y a quand même certaines limites dans nos capacités de traitement, nous sommes obligés d'envoyer ce patient à Québec ou à Montréal. Cela augmente les listes d'attente à Québec et à Montréal. On engorge le système, sans compter que ces patients doivent assumer des frais de déplacement, et que ce sont souvent des personnes âgées. Souvent, c'est le conjoint ou quelqu'un de la famille qui assure le transport. Certains sont obligés de voyager en taxi ou de se servir d'un moyen de transport public, ce qui va quand même coûter un certain montant d'argent. Et ce sont des coûts de santé insidieux.

On dit que le système coûte cher, mais dans l'évaluation du coût global, on doit tenir compte du fait que le citoyen moyen va supporter ces frais, qui, dans le fond, pourraient facilement être réglés si on avait un accès équitable à nos services en matière de financement public, et si personne n'avait à se déplacer.

**Le sénateur Pépin:** Je suis peut-être en erreur mais vos demandes s'adressent peut-être plus au gouvernement provincial qu'au fédéral, je ne sais pas.

**M. Michaud:** On sait que le gouvernement fédéral nous classifie comme étant un «service complémentaire». Et en ce sens, on parle toujours d'un service médical de prescription, on ne parle pas d'examen de la vue. Alors, comme on est un service complémentaire, la province a le choix de nous assurer ou de ne pas le faire. Suite aux compressions budgétaires que toutes les provinces ont connues, nos services sont devenus non assurables en 1992-1993, nous laissant seulement un minimum d'assurance.

Il n'est même pas question de réassurer les services médicaux parce que la province n'a pas les sous. C'est dans ce sens-là qu'on dit que le gouvernement fédéral a deux rôles: dans un premier temps, élargir la définition même des services assurés au niveau de la Loi canadienne, qui se limite aux médecins et aux hôpitaux, et donc parler de services assurés et non pas s'adresser à un prescripteur ou à un établissement; et dans un deuxième temps, assurer le financement adéquat des services assurés selon la Loi canadienne.

C'est la responsabilité fédérale de changer la définition, et ensuite d'assurer le financement adéquat, suite à cette nouvelle définition. On parle toujours de services médicaux. Évidemment, cette situation ne pouvait exister en 1970, au moment où la Loi a été adoptée, parce que l'optométrie n'était pas l'optométrie moderne et elle ne traitait pas de telles maladies en 1970. On les traite maintenant. Évidemment, on comprend que la Loi doit évoluer au même rythme que la réalité. On ne blâme personne.

**Le sénateur Pépin:** Et puis, il y a les Autochtones.

**M. Michaud:** Oui.

**Le sénateur Pépin:** Vous parlez des Autochtones. Il n'y a aucuns services qui sont payés pour eux?



**Mr. Michaud:** As regards Aboriginal communities, we have just finalized an agreement with Health Canada. We are trying to get the Department to recognize diabetes-related eye examinations and eye health assessments. We have said we will do general examinations. They have agreed to pay for vision assessments. The cost is about \$43 or \$44, which is about the amount charged a patient privately. That is a little more than what the province gives us.

There can be partial examinations, as required, if the patient's condition deteriorates further. For example, if a patient is diabetic and needs to have specific types of examinations, then that is done by special request. This always involves requesting an exemption or special authorization, and is always dependent on budgetary contingencies.

And yet we did try to make the point that diabetes is a significant problem in Aboriginal populations. We are now recognized by the Medical Council of Canada as being able to examine cases involving diabetes, but not to provide laser treatment, of course, since that is a secondary or tertiary service that must be provided by an ophthalmologist. However, the assessment at least may be made by an optometrist. So, we are asking to be paid for this service, which would prevent Aboriginal people from experiencing a deterioration in their vision and improve services on the reserves, so that they are not forced to take a plane from Sept-Îles to Baie-Comeau to consult an ophthalmologist, an arrangement that is costing the federal government a fortune.

**Senator Morin:** Could you summarize, please? I was trying to follow you. The Aboriginal question is important to us. Could you just summarize in a few words what you do not like about the current system?

**Mr. Michaud:** With respect to eye health, the key point is the need to provide the necessary budgets for these services.

**Senator Morin:** Yes. But I understand you just signed an agreement, is that correct?

**Mr. Michaud:** Yes.

**Senator Morin:** Or at least you are in the process of signing one. What is there about that agreement that you consider to be unsatisfactory?

**Mr. Michaud:** They have refused the eye health examination.

**Senator Morin:** Including special exemptions?

**Mr. Michaud:** They are available with special exemptions, yes, but we need to have an earmarked budget for this service.

**Senator Morin:** It is costing us \$7 billion.

**Mr. Michaud:** Yes, I agree with you. But still, we are always subject to exceptions and the uncertainty that surrounds them. We never know — especially if we happen to be number 22 on the list and they stop paying when they reach number 20 — whether or not we are actually going to be paid for the services we provide. We are always going to be asking for exemptions, even though diabetes is known to be an issue in Aboriginal populations: it is a significant problem. So, we really wanted there to be a specific

**M. Michaud:** Pour les Autochtones, on vient justement de finaliser l'entente avec Santé Canada. On a essayé de faire reconnaître, entre autres, l'examen de santé oculaire en fonction du diabète. On a dit qu'on assurerait l'examen général. Eux, ils vont payer pour l'examen de la vision. Il s'agit de 43.00 \$ ou 44.00 \$, ce qui est à peu près le montant qu'on exige d'un patient dans le domaine privé. C'est un peu plus que ce que la province nous donne.

Il y aura des examens partiels, au besoin, si la condition du patient se détériore davantage. Si, par exemple, le patient est diabétique et qu'il doit avoir des examens spécifiques, il faut dans ce cas procéder par demande spéciale. Il s'agit toujours de demandes de dérogation spéciale, de demandes d'autorisation, toujours selon les aléas budgétaires.

Nous avons essayé, pourtant, de dire que le diabète est un problème important chez les Autochtones. Nous sommes maintenant reconnus par le Conseil médical canadien comme étant des agents capables d'examiner le diabète et pas de traiter par laser, évidemment, parce que c'est un traitement de deuxième et troisième ligne qui doit être donné par un ophtalmologiste. À tout le moins, l'évaluation peut être faite par un optométriste. Alors, nous demandons d'être payés pour ce service, ce qui empêchera l'affaiblissement de la vision des Autochtones, ce qui améliorera le service sur les réserves, et ce qui fera en sorte que les Autochtones n'auront pas besoin de prendre l'avion de Sept-Îles pour aller consulter un ophtalmologiste à Baie-Comeau, ce qui coûte énormément cher au gouvernement fédéral.

**Le sénateur Morin:** Pourriez-vous résumer? J'essayais de vous suivre. C'est parce que pour nous, la question des Autochtones est une question importante. Pourriez-vous résumer ce que vous reprochez actuellement au système, juste en quelques mots?

**M. Michaud:** Il faudrait, en regard de la santé oculaire, qu'il y ait des budgets de prévus.

**Le sénateur Morin:** Oui. Mais, si je comprends bien, vous venez de signer une entente?

**M. Michaud:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Ou bien vous êtes en train de signer une entente. En quoi l'entente que vous venez de signer n'est-elle pas satisfaisante?

**M. Michaud:** Ils nous ont refusé cet examen de santé oculaire.

**Le sénateur Morin:** Même avec dérogation?

**M. Michaud:** Avec dérogation, oui, mais il faut qu'il y ait un budget de disponible.

**Le sénateur Morin:** On paie 7 milliards \$ pour cela.

**M. Michaud:** Oui, je suis d'accord avec vous. Mais on est toujours quand même soumis à des aléas d'exception. On n'est jamais certain, si on est le vingt-deuxième sur la liste et qu'ils arrêtent de payer au vingtième, qu'on va être payé pour les services qu'on va faire. Il faut toujours faire des demandes de dérogation alors que le diabète chez les Autochtones est un problème connu: c'est un problème important. On voulait vraiment qu'il y ait un examen spécifique là-dessus, qu'il soit

examination focusing on that, and that it be insured and officially recognized, without our having to go through cumbersome administrative procedures.

If the physician treating the patient knows that the process will involve several steps with no guarantee that any of it is insured, his preference will be to refer his patient to an ophthalmologist 300 kilometers away and let him take a plane there for his consultation, whereas if this service was included in the agreement, such an arrangement would be easy enough to apply in the field.

**Senator Morin:** Then what you want is for this service to be included in the agreement, rather than being subject to exemptions?

**Mr. Michaud:** For it to be statutory.

**Senator Morin:** Statutory?

**Mr. Michaud:** Yes, exactly. Because there are optometrists practicing on every reserve. The services are provided on the reserves in the Lower North Shore, in Chibougamau and James Bay. There are optometrists everywhere providing these services.

**Senator Morin:** If I understand what you have explained, Mr. Michaud, you essentially consider yourselves — probably rightly so — to be part of front-line services?

**Mr. Michaud:** Yes, exactly.

**Senator Morin:** On an equal footing with front-line service providers. You are aware of the reforms that have been recommended. The Clair commission, the Fyke commission — indeed, every commission that has looked at this has recommended that front-line services be reformed and that interdisciplinary or multidisciplinary — for some people, those terms mean different things — teams be constituted that would be responsible for a given population and be compensated based on a capitation formula. Do you also think there is a responsibility to ensure that comprehensive care is provided to the population? Do you see yourself as a potential member of this kind of team?

**Mr. Michaud:** Yes, of course, and we are in fact discussing that very issue with the Quebec Federation of General Practitioners. As you know, following the Clair commission in Quebec, the Ministry of Health set up thirteen groupings of family doctors, who are trail blazers for what will be the new way of providing front-line services in doctors' offices. These doctors' groups, according to the ministry's current definition, will include both physicians and nurses whose role will be extended to include psychosocial services currently provided by CLSCs. So, there will be liaison between doctors' groups and CLSCs.

What we are currently establishing as a template — and there is a real willingness on the part of both physicians and optometrists to look at this — involves including optometrists as an additional resource that a group of family physicians could offer its patients.

assuré et qu'il soit reconnu sans que nous soyons obligés de passer par de lourds processus administratifs.

Si le médecin qui traite un patient sait que cela va nécessiter plusieurs démarches, sans être certain que ce soit assuré, il va tout de même préférer diriger son patient vers un ophtalmologiste à 300 kilomètres de là et lui faire prendre l'avion, alors que si c'était déjà prévu dans l'entente, ce serait tout à fait facile et applicable sur le terrain.

**Le sénateur Morin:** Ce que vous souhaitez, c'est que ce ne soit plus soumis à une dérogation mais que ce soit tout simplement dans l'entente?

**M. Michaud:** Statutaire.

**Le sénateur Morin:** Statutaire?

**M. Michaud:** Exactement. Parce que des optométristes, il y en a sur toutes les réserves. Les services se donnent sur les réserves, sur la Basse-Côte-Nord, à Chibougamau ou à la Baie-James. Il y a des optométristes partout qui assurent les services.

**Le sénateur Morin:** Si j'ai bien compris ce que vous nous avez expliqué, monsieur Michaud, c'est que, finalement, vous vous considérez, et avec raison je pense bien, comme faisant partie des services des soins de première ligne?

**M. Michaud:** Tout à fait.

**Le sénateur Morin:** Au même titre. Vous êtes au courant des réformes qui sont recommandées. La Commission Clair, la Commission Fyke, enfin toutes les commissions qui s'y sont penchées ont recommandé une réforme des soins de première ligne, la constitution d'équipes inter ou multidisciplinaires — il y a des gens pour qui ces mots-là veulent dire des choses différentes — qui ont la responsabilité d'une population donnée, qui ont une rémunération sur une base de capitation. Est-ce que vous voyez qu'il y a aussi une responsabilité de s'assurer que tous les soins soient donnés à cette population? Est-ce que vous voyez comme faisant partie de cette équipe?

**M. Michaud:** Oui, effectivement, nous discutons déjà avec la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec à ce sujet. Vous savez que suite à la Commission Clair, au Québec, le ministère de la Santé a établi treize groupes de médecine de famille, qui sont donc les premiers embryons de ce qui, en effet, va être le modèle de l'octroi des soins en première ligne à partir d'un cabinet de médecins. Ce cabinet de médecins comprend statutairement, dans la définition actuelle du ministère, une équipe de médecins et d'infirmières dont le rôle sera étendu, et des recours avec des soins psychosociaux qui sont donnés actuellement par les CLSC. Alors il y a des ponts entre les groupes de cabinets de médecins et les CLSC.

Ce qu'on est en train d'établir comme modèle, et il y a une ouverture de la part des médecins comme il y a une ouverture de la part des optométristes à le faire, c'est que le recours aux cabinets d'optométristes soit une ressource supplémentaire que le groupe de médecine de famille peut offrir à ses patients.



Of course, we cannot be grouped in with the physician group *per se*, because that would mean our work would be subordinate to that of physicians, which is currently the case with nurses, when in fact we are an independent profession on an equal footing with physicians. So, we are really trying to establish a partnership between optometrist office in a given region and the physician group that has been set up there.

Therefore, whether the patient consults an optometrist or a family physician, there will automatically be a linkage between the two. When he goes to his family doctor's office, the doctor will be able to treat the patient's condition, and we agree with that. As is currently the case in regions where there are no available ophthalmologists, if the physician wants a second opinion on his diagnosis or proposed treatment, he can direct that patient to an optometrist who could examine him that day or the next day. They would also exchange reports.

If the patient goes to see an optometrist who is registered with a family medicine group, that optometrist would be required to forward his report to the physician to make him aware of the patient's condition and the treatment he has received.

One of the shortcomings of this system, however, is that because we are not sure our therapeutic services will be insured by the province, and therefore covered by federal funding as well — since the federal government funds the health care system — physicians are somewhat reluctant to get involved because they know full well that if they refer a patient to the hospital or to an institutional ophthalmological unit, even though it may take more time, the patient will not have to pay, whereas if he comes to us directly, it will cost him money.

That is what is currently preventing this ideal front-line service model from making headway. Once again, patients are being referred to institutions or secondary services, where physicians pretty well feel they have no choice but to go as far as they can in terms of the care they provide their patients, when in fact it would be easy enough for their patients to consult an optometrist.

**Senator Morin:** Mr. Michaud, if that were the case, would you be prepared to accept a capitation-based compensation system?

**Mr. Michaud:** All compensation systems are possible. We are prepared to talk about anything. In terms of per capita based regimes, I guess that would depend. It would also be possible to implement a hybrid system — in other words, fee for service in some cases, and capitation payments in others. One thing that is quite common in Quebec among optometrists — and which helps patients stay at home — are visits to institutions or residences when patients are unable to get around.

We are still compensated on the basis of a fee-for-service system in such cases, but that method really is not ideal under the circumstances, because they take a lot more time and require portable equipment. Also, the dynamic is not necessarily the same as in a private office.

**Senator Morin:** As part of the plan to reform front-line care, if we establish the principle of responsibility for a given population,

Évidemment, on ne peut pas être inclus à l'intérieur même du groupe de médecine parce que cela supposerait d'être subordonné au travail du médecin, comme l'infirmière l'est actuellement, alors qu'il s'agit d'une profession autonome tout comme celle de médecin. Mais c'est bien un partenariat qu'on essaie d'établir entre les cabinets d'optométristes d'une région et le groupe de médecine qui y est établi.

Donc, que le patient consulte un optométriste ou un médecin de famille, il y a un lien qui va se faire entre les deux. Lorsqu'il se présente au cabinet du médecin de famille, le médecin peut traiter la condition que le patient présente, et on est d'accord avec cela. Comme cela se fait maintenant dans les régions où il n'y a pas d'ophtalmologiste, si le médecin veut une deuxième opinion sur le diagnostic et sur le traitement, il va diriger le patient vers l'optométriste qui pourra le voir le jour même ou le lendemain. Ils échangeront aussi les rapports.

Si le patient se présente chez l'optométriste et qu'il est inscrit auprès d'un GMF, d'un groupe de médecine familiale, l'optométriste aura l'obligation d'envoyer un rapport au médecin pour l'informer de la condition du patient et du traitement qu'il aura eu.

Ceci étant dit, une des lacunes, c'est que comme on n'est pas certains que nos services thérapeutiques sont assurés par la province et donc, éventuellement par le financement fédéral aussi, qui finance les systèmes de santé, le médecin est un peu réticent parce qu'il sait très bien que s'il dirige le patient vers l'hôpital ou en milieu institutionnel d'ophtalmologie, même si cela prend plus de temps, le patient n'aura pas à payer, alors que s'il le dirige chez nous, le patient aura à déboursier les frais.

C'est ce qui freine actuellement l'évolution de ce modèle idéal de la première ligne. On dirige le patient, encore une fois, vers l'institution ou vers le service de deuxième ligne, où le médecin se sent un peu forcé d'aller à la limite de ce qu'il est capable de donner comme soins, alors qu'il serait facile de consulter son collègue optométriste.

**Le sénateur Morin:** Monsieur Michaud, à ce moment-là, seriez-vous prêts à avoir un mode de rémunération basé sur la capitation?

**M. Michaud:** Tous les modes de rémunération sont possibles. Nous sommes prêts à discuter de n'importe quoi. En regard de la capitation, cela dépend. Je pense qu'il y a des systèmes mixtes qui peuvent aussi être mis en place. Le paiement à l'acte dans certains cas et le paiement par capitation à d'autres moments. Une chose que les optométristes font couramment au Québec, et cela contribue au maintien à domicile, c'est la visite en institution, en foyer d'accueil, pour les patients qui ne peuvent pas se déplacer.

On est encore payés à l'acte pour ces choses-là mais ce n'est pas un mode de rémunération qui est idéal dans ce cadre, parce que cela exige beaucoup plus de temps ainsi que de l'équipement portatif. Ce n'est pas nécessairement la même dynamique que dans un cabinet privé.

**Le sénateur Morin:** Dans le cadre de la réforme des soins de première ligne, si on établit comme principe qu'il y aurait une

then a capitation payment would be easier to set up as a method of compensation than a fee-for-service system.

**Mr. Michaud:** Yes, absolutely.

**Senator Morin:** Would members of your profession have any objection to that form of compensation?

**Mr. Michaud:** No, not at all.

**Mr. Girard:** But capitation could not really be considered under a system where certain groups of people are insured, but not others.

**Senator Morin:** What do you mean by insured and uninsured?

**Mr. Girard:** Well, such as people aged 0 to 18 at the present time.

**Senator Morin:** Yes. But under such a system, we could assume that the entire population would be insured.

**Mr. Girard:** Yes. And that taking this kind of approach would have certain repercussions.

**Senator Morin:** Yes, exactly. We would have to assume that the entire population was covered for all types of services. What you are describing seems rather complex.

**Mr. Girard:** Yes, it does.

**Senator Morin:** At the present time, people consult an optometrist directly without having to be referred by a family physician.

**Mr. Michaud:** Yes, that is correct. And as regards red eye and eye health problems, we are increasingly seeing that in those regions where optometrists are abundant, that is how the system works. But there are always limits on the cost of consultations.

**Senator Morin:** Yes.

**Mr. Michaud:** People have a choice between going to a hospital, seeing their physician or consulting an ophthalmologist directly, in some cases.

I could cite the example of New Brunswick or Alberta, where the Therapeutics Act has been in effect longer than it has here. Payment of eye therapeutics is not insured in those provinces either, which effectively prevents cooperation with optometrists within the health care system, as well as more efficient optometric services. There is still the issue of the costs that patients are forced to bear. The situation in Quebec applies equally to the other provinces. It is important that those provinces insure therapeutic services. The reference is always to eye care of a medical nature or emergency care.

**Senator Morin:** As far as Canada as a whole is concerned, all the provinces currently grant the same privileges to optometrists. Is that what you are saying?

**Mr. Michaud:** Except with respect to therapeutics and the right to prescribe medication.

**Senator Morin:** What provinces do not allow that?

responsabilité pour une population donnée, à ce moment-là la capitation est plus facile à établir comme mode de rémunération que le paiement à l'acte.

**M. Michaud:** Tout à fait.

**Le sénateur Morin:** La profession n'aurait pas objection à ce mode de rémunération?

**M. Michaud:** Non, pas du tout.

**M. Girard:** Mais la capitation est difficilement envisageable dans l'optique où on a des groupes de gens qui sont assurés et d'autres groupes qui ne le sont pas.

**Le sénateur Morin:** Qu'est-ce que vous voulez dire par assurés et non assurés?

**M. Girard:** Bien, par exemple, actuellement, les gens âgés de 0 à 18 ans.

**Le sénateur Morin:** Oui. Mais à ce moment-là, on assumerait que la population est assurée dans l'ensemble.

**M. Girard:** C'est ça. Et qu'il y a des conséquences à adopter une approche comme celle-là.

**Le sénateur Morin:** Oui. C'est cela. À ce moment-là, on assume que toute la population est assurée pour l'ensemble des soins. Ce que vous nous décrivez paraît un peu complexe.

**M. Girard:** Tout à fait.

**Le sénateur Morin:** Actuellement, les gens consultent directement un optométriste sans avoir été envoyé par un médecin de famille.

**M. Michaud:** C'est cela. Et au niveau de l'oeil rouge, au niveau des problèmes de santé oculaire, de plus en plus dans les régions où les optométristes sont très présents, on voit très bien que cela se fait ainsi. Mais il y a toujours les limites des frais de la visite.

**Le sénateur Morin:** Oui.

**M. Michaud:** Les gens peuvent choisir d'aller à un service d'urgence hospitalier, ou d'aller voir le médecin ou bien d'aller directement chez un ophtalmologiste, dans certains cas.

Je prends comme exemple le Nouveau-Brunswick ou l'Alberta, où la Loi sur les thérapeutiques est en vigueur depuis plus longtemps qu'ici. Les paiements ne sont pas assurés non plus pour la thérapeutique oculaire dans ces provinces, et cela freine la collaboration des optométristes avec le système de santé, à l'efficacité des services d'optométrie. Il y a toujours la question des frais que le patient doit assumer. Ce qui est vrai pour le Québec est vrai pour les autres provinces aussi. Il faudrait que ces provinces-là soient assurées au niveau de la thérapeutique. On parle toujours de soins médicaux au niveau de l'oeil, de soins d'urgence.

**Le sénateur Morin:** Dans une perspective canadienne, à l'heure actuelle, toutes les provinces accordent les mêmes privilèges aux optométristes. C'est ce que vous dites?

**M. Michaud:** Sauf sur la thérapeutique, sur le droit de prescrire les médicaments.

**Le sénateur Morin:** Quelles sont les provinces où cela n'existe pas?



**Mr. Michaud:** Newfoundland and Prince Edward Island — I am listing them starting from the opposite end of the country — Ontario, Manitoba and British Columbia. In all the other provinces, those services are currently insured.

**Senator Morin:** And you say there are negotiations underway in the other provinces?

**Mr. Michaud:** Yes.

**Senator Morin:** And do you think they are headed in the right direction?

**Mr. Michaud:** Well, we think it is inevitable. It is like in the United States, where this is occurring gradually. Of course, some regions are more reluctant than others. And every time legislation is introduced, a segment of the medical lobby steps up to oppose any such progress in the way optometry is practiced. In Quebec, we have made some headway. We are talking to ophthalmologists and general practitioners, and we have a good agreement. There is less reluctance here in Quebec than elsewhere, which is why legislation was passed in this province somewhat before it was elsewhere.

Ideally, optometric therapeutic services would be available all across Canada immediately. And in any case, it is inevitable: I believe that within five years at the most, all provinces will be insured.

Having said that, if there was some assurance that these services would be funded, the provinces might be more inclined to act quickly to make that happen.

**Senator Morin:** Thank you very much, Mr. Michaud, Ms Crête and Mr. Girard for being with us today. We very much appreciate your contribution.

Our second witness, Mr. Paradis, was unfortunately unable to be with us.

I would like to welcome Dr. Yves Lamontagne, President of the College of Physicians, and who is actually my boss now, since I am still a member of the College. Dr. Lamontagne has played a pivotal role not only in terms of providing policy direction to the College and its conduct of professional affairs, but with respect to the organization of health care delivery here in Quebec. I wanted to recognize his important contribution in this area before giving him the floor.

Welcome, Dr. Lamontagne and Dr. Garon. You have provided us with a document which we will obviously read carefully. Perhaps you could make a short presentation, after which we will have questions for you. Questions may be addressed to you either in French or English. You may answer in the language of your choice. Please proceed, Dr. Lamontagne.

**Dr. Yves Lamontagne, President, Quebec College of Physicians:** Mr. Chairman, thank you very much for inviting us to meet with you this morning. Senator Morin, you have already introduced Dr. André Garon, who is the Deputy Secretary General of the Quebec College of Physicians, responsible for External Affairs.

**M. Michaud:** Terre-Neuve et l'Île-du-Prince-Édouard. Je les prends à rebours. L'Ontario, le Manitoba et Colombie-Britannique. Toutes les autres sont assurées à l'heure actuelle.

**Le sénateur Morin:** Et vous dites qu'il y a des négociations en cours dans les autres provinces?

**M. Michaud:** Oui.

**Le sénateur Morin:** Et vous pensez que ça va dans la bonne direction?

**M. Michaud:** Bien, on pense que c'est inévitable. Un peu comme aux États-Unis, cela se fait graduellement. Évidemment, il y a des réticences plus ou moins grandes dans certaines régions. Il y a toujours un certain lobby médical qui se fait contre cette évolution de l'optométrie, à chaque fois qu'une législation est proposée. Au Québec on a réglé la chose un peu. On parle aux ophtalmologistes, on parle aux médecins omnipraticiens, et l'entente est bonne. On a vu un peu moins de réticences qu'ailleurs, c'est pour cela qu'on a eu notre loi un peu avant les autres.

Dans un monde idéal, les services thérapeutiques d'optométrie seraient disponibles partout au Canada tout de suite. C'est inévitable, je vous dirais que d'ici cinq ans, au maximum, toutes les provinces seront assurées.

Cela étant dit, s'il y avait une assurance de financement de ces soins, cela aiderait peut-être les provinces à prendre leur décision plus vite.

**Le sénateur Morin:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Michaud, madame Crête et monsieur Girard, d'être venus. On a beaucoup apprécié votre participation.

Le deuxième témoin, M. Paradis, n'a malheureusement pas pu se présenter.

Je souhaite la bienvenue au docteur Yves Lamontagne, qui est président du Collège des médecins, qui se trouve maintenant mon patron à moi, parce que je suis encore membre de ce Collège. Le docteur Lamontagne a joué un rôle très important, non seulement dans la direction du Collège et dans la conduite des affaires de la profession, mais aussi au plan de l'organisation des soins ici au Québec. Et je voudrais reconnaître ce rôle-là avant de lui donner la parole.

Je souhaite la bienvenue au docteur Lamontagne et docteur Garon. Vous nous avez remis un document que nous avons en mains et dont nous allons prendre connaissance. Vous pourriez peut-être faire une courte présentation et par la suite répondre aux questions. Les questions vous seront adressées soit en français, soit en anglais. Vous pourrez répondre dans la langue de votre choix. Nous vous écoutons, docteur Lamontagne.

**Le docteur Yves Lamontagne, président du Collège des médecins du Québec:** Monsieur le Président, un grand merci de nous avoir invités de vous rencontrer ce matin. Vous avez déjà, sénateur Morin, présenté le docteur André Garon qui est secrétaire-général adjoint aux Affaires externes du Collège des médecins du Québec.

First of all, I want to say that the College has repeatedly made the point to the Government of Quebec — and it is our sense that we may have a better chance of being heard here since you are appointed, rather than being elected — that what we advocate and have been saying for a long time is that it is time to stop playing politics with health care and start developing good health care policy.

Let me give you two examples at the federal level. As you well know, a little more than a year ago, Alberta passed legislation intended to allow the private sector to deliver publicly funded health care services. And, of course, during the last election campaign — probably to get votes, the federal Minister of Health planted doubt in the minds of voters as to whether or not the Alberta initiative was consistent with the Canada Health Act.

I also have no doubt that it was as a result of political pressure that the federal government passed regulations, just a few weeks ago, on the therapeutic use of marijuana. By so doing, it once again threw the problem back into the physicians' court, in terms of the responsibility to determine the use of a product that contains a number of substances, most of which are probably injurious to health. By taking this action, he contravened his own legislation by deciding to authorize the use of a so-called health product whose effectiveness and safety have yet to be proven. Just to conclude my introduction, I would remind you that the ultimate goal of a health care system is to improve the health of all Canadians, and not to win votes.

Having said that, we have a very good idea of what the health care issues are in Quebec. We laid them out very clearly before the Clair Commission, which in fact accepted most of our recommendations. We agree with you about the need to reorganize front-line care, review physicians' compensation, update the professional system, and provide more home care and effective medications.

Today, our presentation will focus on a subject that particularly concerns the federal government: the principle of financial accessibility set out in the Canada Health Act.

In that respect, my first point is that the reason we have a public system, as you know as well as I, is to guarantee access to health care, when needed, to all citizens. The application problems we are currently experiencing are the result of fairly strict interpretations of this principle which, paradoxically, leads to accessibility problems as soon as governments start rationing the service offered by cutting back budgets.

I would also remind you that when public insurance schemes were first introduced, the federal government was responsible for 50 per cent of hospitalization and health care costs. Basically, the federal government spent one dollar for every dollar spent by the province. That is called bridge funding, a mechanism linked to the spending power intended to stimulate the introduction of social programs by the provinces. And that share was an opportunity for the provinces to interpret the federal government's funding role.

Je vous dirai tout d'abord ce que le Collège a maintes fois répété au gouvernement du Québec — et on a l'impression que parfois on va être mieux entendus ici parce que vous êtes nommés au lieu d'être élus — ce que nous prôtons et disons tout le temps: il faut sortir la politique de la santé et faire des politiques de santé.

Je vous donne deux exemples au niveau fédéral. Vous savez comme moi qu'il y a un peu plus d'un an, l'Alberta adoptait une loi qui visait à confier au secteur privé la production de services de santé financés publiquement. Et, bien sûr, au cours de la dernière période électorale, je vous dirais que fort probablement pour des raisons de votes, le ministre fédéral de la Santé a semé le doute chez les électeurs sur la conformité de la démarche albertaine en regard de la Loi canadienne.

Je suis convaincu que, suite à des pressions politiques, il y a quelques semaines à peine, le gouvernement fédéral adoptait un règlement sur l'usage thérapeutique de marijuana. Et encore, ce faisant, il renvoyait le problème dans la cour des médecins, c'est-à-dire la responsabilité de juger de l'utilisation d'un produit contenant plusieurs substances dont la plupart sont probablement dangereuses pour la santé. De cette façon, il contrevenait alors à sa propre loi autorisant un produit dit de santé, dont l'efficacité et l'innocuité ne sont pas démontrées. Pour conclure cette entrée en matière, je vous rappellerai que la finalité d'un système de santé, c'est d'améliorer la santé de tous les Canadiens et non pas de gagner des votes.

Ceci dit, les problèmes de soins de santé au Québec, on les connaît assez bien. On les a définis très clairement devant la Commission Clair, qui, d'ailleurs, a accepté la majorité de nos recommandations. Et on est d'accord avec vous de l'importance de réorganiser les soins de première ligne, de revoir la rémunération des médecins, de mettre à jour le système professionnel, d'accéder à plus de soins à domicile et à des médicaments efficaces.

Aujourd'hui, l'essentiel de notre présentation portera plutôt sur un sujet qui concerne particulièrement le niveau fédéral, soit le principe de l'accessibilité financière inscrit dans la Loi canadienne sur la santé.

À cet effet, je vous dirai que le système public a pour raison d'être, et vous le savez autant que moi, de garantir à tous et à toutes l'accès à des soins de santé lorsqu'ils sont requis. Les problèmes d'application que nous ressentons découlent d'interprétations plutôt serrées de ce principe, ce qui, paradoxalement, conduit à des problèmes d'accessibilité dès que les gouvernements rationnent l'offre de services en réduisant leurs allocations budgétaires.

Je vous rappelle que lorsque les régimes publics d'assurances étaient à leurs débuts, le gouvernement fédéral assumait 50 p. 100 des coûts d'hospitalisation et de maladie. Donc, un dollar du gouvernement fédéral pour chaque dollar dépensé par la province. Cela s'appelle aménager un «bridge funding», une sorte de passerelle financière qui est issue du pouvoir de dépenser pour simuler la mise en place de programmes sociaux par les provinces. Et cette juste part offrait aux provinces une



through which it was intended that stable funding be provided to ensure the viability of the health care system in Canada.

Once public systems were put in place all across the country, the federal government gradually began to cut back its financial contribution, which now amounts to 17 cents for every dollar spent in Quebec. Let's just say the bridge has become considerably weaker, despite recent injections of funds by the federal government. And unfortunately, I think that is contributing to a kind of mistrust of the federal government when it comes to spending by the provinces — or at least Quebec, but I will not say anything more about that.

In Quebec, in 1991, those doubts prompted the government to consider introducing, not user fees but fees to guide people's use of the health care system. In order to act on the problem of inadequate health care funding, there was an attempt to establish a co-payment arrangement that would force citizens who had bad consumption habits to behave more responsibly. That would have injected new money into the system from the users, in addition to taxpayers' money. Such a fee was never actually introduced, however, for fear of financial reprisals.

In 2001, we believe it is absolutely necessary that we all agree on how the accessibility principle is to be interpreted. Even though the financial situation in Canada and Quebec is consistently improving, uncertainty about the future suggests to us that we should consolidate our conception of collective responsibility, particularly by strengthening individual responsibility. Thus, the prohibition on co-payment arrangements for medical and hospital services should only be maintained when the care provided and received is considered most relevant, most effective and most efficient.

In Canada, unfortunately, we have an unfortunate arrangement whereby public monies are used to pay either all medical and hospital services, or nothing at all. It is the "all or nothing" formula: 100 per cent or zero. There is no room for anything in between. And to be in good standing, a province that wants to discourage a particular practice has to completely uninsure it, or de-list it, rather than refunding only 50 per cent or 75 per cent of the cost, for example. That "all or nothing" approach is part of the Act.

What we are saying is that the right to access publicly funded health care services — and these services should certainly continue to be funded in this way — does not mean that the user has no duty to contribute when his use of a service is not what it should be. And there are a number of examples cited in our brief. For example: X per cent of the cost of care provided to ambulatory patients in a hospital emergency department will be borne by the patients. Y per cent of the cost of care provided in a clinic to patients who are not registered with a family physician who belongs to a clinic will be borne by patients. Twenty-five per cent, rather than 100 per cent, of the costs of magnetic resonance imaging tests provided in a private sector clinic will be borne by users.

interprétation du rôle de financement du fédéral par lequel on voulait fournir un niveau stable de financement pour assurer la viabilité du système de soins de santé au Canada.

Une fois que les systèmes publics furent implantés partout, le gouvernement fédéral a progressivement atténué sa présence financière, que l'on chiffrait aujourd'hui à 0,17 \$ pour chaque dollar dépensé au Québec. Disons que la passerelle, bien sûr, s'est beaucoup affaiblie et ce, malgré les récentes injections de fonds du gouvernement fédéral. Et je pense que cela contribue, malheureusement, à cultiver cette espèce de méfiance de dépenser que les provinces ont, en tout cas, le Québec, — et je n'irai pas plus loin là-dessus — à l'égard du gouvernement fédéral.

Au Québec, en 1991, ce doute avait amené le gouvernement à envisager l'implantation non pas d'un ticket modérateur mais d'un ticket orienteur. Et pour palier à une insuffisance de fonds de santé, on avait alors cherché à établir un co-paiement qui responsabiliserait les citoyens qui avaient des mauvaises habitudes de consommation. Cela apporterait un peu d'argent neuf venant de l'utilisateur en plus de l'argent venant des contribuables. Le ticket orienteur n'a finalement jamais été utilisé par crainte de représailles financières.

Aujourd'hui, en 2001, on est convaincu qu'il faut collectivement s'entendre sur l'interprétation à donner au principe d'accessibilité. Même si le Canada et le Québec présentent annuellement de meilleurs états financiers, les incertitudes quant à l'avenir nous poussent à consolider notre conception de la responsabilité collective, notamment par le renforcement de la responsabilité individuelle. Ainsi, l'interdiction d'un co-paiement pour des services médicaux et hospitaliers ne devrait être maintenue que lorsque les soins dispensés et reçus seront considérés les plus pertinents, les plus efficaces et les plus efficaces.

Au Canada, malheureusement, je pense qu'on a la fâcheuse manière d'assurer, par le financement public, la totalité des dépenses de services médicaux et hospitaliers ou de ne rien assurer du tout. La loi du tout ou rien, 100 p. 100 ou zéro. Cela ne fait donc pas de place aux nuances. Et pour être en règle, une province qui voudrait décourager une pratique devrait enlever l'assurance complètement, c'est-à-dire la retirer complètement du panier de services, plutôt, par exemple, que de rembourser les coûts à 50 p. 100 ou à 75 p. 100. La tendance à ne pas nuancer fait partie de la Loi.

Ce qu'on dit, c'est que le droit d'accéder à des services de santé financés publiquement, et lequel doit demeurer sans aucun doute, n'exclut pas le devoir de l'utilisateur de contribuer lorsque sa consommation n'est pas optimale. Et ceci peut se traduire par les exemples que vous retrouvez dans le texte. Par exemple: X p. 100 des coûts des soins aux malades sur pied dans une urgence hospitalière sont assumés par eux. Y p. 100 des coûts des soins dispensés dans une clinique à des malades non inscrits auprès d'un médecin de famille d'une clinique sont à la charge des malades. Vingt-cinq pour cent au lieu de 100 p. 100 des coûts d'examen de résonance magnétique nucléaire qui sont offerts dans le privé, sont assumés par les usagers.

It should also be noted that the Quebec Health Insurance Plan requires co-payment, whereas the Canada Health Act prohibits co-payment under hospitalization and health care insurance schemes. That is the kind of inconsistency that we should be aiming to remove. To that end, the Canada Health Act should allow the provinces to set up their own co-payment schemes based on certain quality parameters.

As far as we are concerned, throwing public money at the system will not yield adequate benefits if no other steps are taken. On the other hand, injecting private money, as we see in the United States, to the point where health care spending as a percentage of GDP increases from 9 per cent to 15 per cent, means going from health care spending of \$90 billion in Canada to \$150 billion — only to end up with poorer health care indicators and a segment of the population with no protection whatsoever against health care emergencies.

We believe there is a happy medium that opting for one extreme — an all public system — or the other — an all private system — cannot offer. So, we must find that happy medium, because otherwise the federal government will have to cut other expenditures and go back to paying the share of health spending it was responsible for previously.

In conclusion, we read in your report that there was room to debate new options, even though they may seem troubling. This morning, we tried to outline possible avenues for change to ensure the long term viability of our health care systems.

Depending on whether the federal government is seeking a new contribution in the health care system through actions that assist citizens in need, there is currently one area where little is being done, and that is with respect to compensation for victims of medical mishaps. The current rules relating to professional third party liability mean that only some of the victims of medical malpractice are compensated. The only insurance company to provide coverage, the Canadian Medical Protective Association, has no mandate to protect the victims, and even less so victims of medical mistakes that while they do not constitute malpractice, cause harm to the victim. And that is both a serious and common problem which provincial governments have really taken very little interest in thus far.

Mr. Chairman, have I exceeded my time?

**Senator Morin:** One of our witnesses could not appear at the last moment, so you still have some time.

**Mr. Lamontagne:** I would like to make some very specific comments with respect to parts of your *Executive Summary*.

On page 12, you say that the role the federal government plays with respect to population health focuses on prevention, rather than treatment of disease. I just want to make a comment on that. For some years, I have noticed that there has been a lot of talk of prevention and promotion, as though that was all we did and no one ever died. But we do need to provide treatment. And as physicians, we are the persons responsible for providing treatment. But because of the obsolescence of equipment,

Notons également que le régime québécois d'assurance médicaments oblige un co-paiement, alors que la Loi canadienne sur la santé interdit le co-paiement à l'égard des régimes d'assurance hospitalisation et maladie. C'est le genre d'incohérence, je pense, dont on devrait pouvoir se soulager. À cette fin, la Loi canadienne doit permettre aux provinces d'établir un co-paiement modulé par elle en fonction de certains paramètres de qualité.

De notre point de vue, arroser le système d'argent public n'apportera pas suffisamment de bénéfices si l'on ne fait rien. À l'inverse, injecter de l'argent privé, comme on le fait aux États-Unis, jusqu'à ce que les dépenses de santé en pourcentage du PIB aient passé de 9 p. 100 à 15 p. 100, cela signifie passer de 90 milliards \$ à 150 milliards \$ en santé au Canada pour de moins bons indicateurs de santé et une frange de la population complètement à découvert en cas de sinistre de maladie.

Nous croyons qu'il existe un juste milieu que tout l'un, le public ou tout l'autre, le privé, ne peut offrir. Il faut donc le retrouver, à défaut de quoi le gouvernement fédéral doit couper d'autres dépenses et revenir à sa quote-part antérieure pour financer les dépenses de santé.

En conclusion, je vous dirais que nous avons lu dans votre rapport qu'il y avait place à débattre des options nouvelles, même si elles apparaissent dérangeantes. Nous avons cherché, ce matin, à vous faire part d'avenues de changements pour rendre nos systèmes de soins de santé viables à long terme.

Selon que le gouvernement fédéral cherche une contribution nouvelle en matière de santé par des actions qui rejoignent les citoyens dans le besoin, il existe, à l'heure actuelle, un espace d'intervention qui est très peu occupé, soit celui de l'indemnisation des victimes d'accident de soins médicaux. Les règles actuelles en matière de responsabilité civile professionnelle conduisent à n'indemniser qu'une fraction des victimes d'erreurs fautives. L'assureur presque unique, l'Association canadienne de protection médicale, n'a pas le mandat de protéger les victimes, encore moins les personnes victimes d'erreur non fautives ayant tout de même subi un préjudice. Et c'est là un problème sérieux et courant auquel les gouvernements provinciaux ne se sont pas encore véritablement intéressés à ce jour.

Monsieur le président, est-ce que j'ai dépassé le temps alloué?

**Le sénateur Morin:** On a un témoin qui s'est désisté à la dernière minute, alors vous avez du temps.

**M. Lamontagne:** J'aurais quelques commentaires très précis à faire sur certaines pages que j'ai tirées de votre *Executive Summary*.

À la page 12, vous dites que le rôle que joue le gouvernement fédéral par rapport à la santé de la population est axé sur la prévention plutôt que sur le traitement de la maladie. Je voudrais juste faire un commentaire. Depuis quelques années, je trouve qu'on parle beaucoup de prévention et de promotion, un peu comme si on faisait juste cela et que le monde ne mourrait jamais. Mais il faut faire du traitement. Et comme médecins, c'est nous qui sommes en charge du traitement. Je vous dirais qu'à cause de



conditions in hospitals, and so on, we have a long road ahead of us.

I think we should also be investing in treatments, mainly as they relate to three conditions: the impoverishment of society, especially since we are in a recession and we know that a poor society is one that generates more illness: new diseases, such as AIDS, that cost more, are more complicated to treat and require much more expensive medications; and finally, the aging of the population. This results in multiple pathologies and far more complex forms of treatment.

I completely agree with you when you say, on page 12, that the health care sector bears no resemblance to a modern industry. I will come back to that later. And when you say the health care industry is very much like a cottage industry, I must say I agree with you. There are three main issues: inadequate funding, a system of management that does not jibe with the kind of management practiced in the 21st century, and health care administrators who manage expenditures rather than managing revenues and expenditures. If you want to improve something, you have to cut something else. I've never seen a company able to operate like that: it would go bankrupt within three months. On page 13, you say:

... review the benefits of establishing specialized service units, an important component of a modern system.

I fully agree with that. You know, I have the feeling — and I do not know what it is like in the other provinces — that we have sprinkled money throughout the system, creating kings all across Canada in small kingdoms, rather than valets who are part of one large kingdom. I am very much in favour of local hospitals providing basic services, regional hospitals providing more specialized services, and university institutes and hospitals providing ultraspecialized services.

**Senator Morin:** That will make Dr. Keon happy.

**Mr. Lamontagne:** Really? Well, that's great.

**Senator Morin:** He is the Director of the Heart Institute in Ottawa.

**Mr. Lamontagne:** Oh, really! Then let's take the example of cardiology. As regards cardiac surgery, in the Montreal area alone, there are eight different centers operating; however, in Sweden, there are only one or two for the entire country, if memory serves me. I think we could have one in Montreal and one in Quebec City. And if those kinds of situations exist here, they must surely exist in the other provinces as well.

**Senator Morin:** And one in Ottawa, of course.

**Mr. Lamontagne:** Yes, of course. But you know, I am not really talking about Ontario.

On page 15, you say:

Can the government continue to discourage the provision of private services while prohibiting private insurance?

la désuétude de l'appareillage et des conditions dans les hôpitaux, et cetera, le chemin à faire sera long.

Je pense qu'il faut également investir sur le traitement, principalement pour trois conditions: l'appauvrissement de la société, surtout parce que l'on est en période de récession et que l'on sait qu'une société pauvre génère plus de maladies: les nouvelles maladies, comme par exemple le sida, entraînent des dépenses accrues, sont plus compliquées à traiter et elles nécessitent des médicaments qui sont beaucoup plus onéreux; il y a aussi le vieillissement de la population. On se retrouve avec des multi-pathologies et des traitements beaucoup plus compliqués.

Je suis tout à fait d'accord avec vous quand vous dites, à la page 12, que le secteur de santé ne possède aucune caractéristique d'une industrie moderne. J'y reviendrai plus tard. Quand vous traitez l'industrie de la santé d'artisanale, je suis bien d'accord avec vous. Il y a trois grands problèmes: le financement inadéquat, une gestion qui ne correspond absolument pas à la gestion des années 2000, et les gens qui administrent en santé sont des gestionnaires de dépenses au lieu d'être des gestionnaires de revenus et dépenses. Si vous voulez améliorer quelque chose, il faut que vous coupiez dans quelque chose. Et je n'ai jamais vu une compagnie qui fonctionnerait comme cela, elle ferait faillite après trois mois. À la page 13, vous dites:

... examiner les avantages à faire des unités de service spécialisées, un élément important d'un système moderne.

Je suis tout à fait d'accord. Vous savez, j'ai l'impression — je ne sais pas comment c'est dans les autres provinces — qu'on a saupoudré partout, on a fait des rois partout dans les petits royaumes au lieu de faire des valets dans un grand royaume. Moi, je préconise beaucoup l'hôpital local avec des services de base, l'hôpital régional avec des services spécialisés, et des instituts et des hôpitaux universitaires avec des services ultra spécialisés.

**Le sénateur Morin:** Vous faites plaisir au docteur Keon.

**M. Lamontagne:** Oui? J'en suis bien content.

**Le sénateur Morin:** Il est directeur de l'Institut de cardiologie d'Ottawa.

**M. Lamontagne:** Ah bon! Donc, prenons comme exemple la cardiologie. Pour les opérations en chirurgie cardiaque, dans la région de Montréal seulement, il y a huit centres; alors que dans toute la Suède il y en a un ou deux, si ma mémoire est bonne. Il me semble qu'on pourrait en avoir un à Montréal et un à Québec. Si on retrouve cela ici, il y a sûrement des choses comme cela dans les autres provinces.

**Le sénateur Morin:** Et un à Ottawa, évidemment.

**M. Lamontagne:** Ah! oui. Mais vous savez, je parle très peu de l'Ontario.

À la page 15, vous dites:

Le gouvernement peut-il continuer à décourager la prestation de services privés en interdisant les assurances privées?

I think the answer to that is no. Let's look at the situation in Australia, where they have supplementary insurance that costs about the same amount as a driver's licence would cost us here — about 500 \$ a year. And this is not for the rich, but for people whose average income is about \$23,000 CAN. That makes it possible to inject additional funds into the health care system.

People here spend thousands of dollars a year on lottery tickets but cannot spend \$500 to insure that they have access to good services. There is something wrong with that picture. I realize that lotteries bring in huge amounts of money, but it seems to me we could be investing the money in the right places.

Two-tier medicine is a reality. In fact, I think there are two kinds of two-tier medicine: private/public and a two-tier system that nobody talks about and that does not bring in much money. I will use the same image I often use: if you want to be well looked after in a hospital these days, it is really quite simple: either you scream your head off and join a lobby group, or you have friends who will make sure you are taken care of. There is not much of a financial return in that. Maybe we should be organizing things so that at least we can make money out of this.

Let me tell you a little story. I like telling stories. A Montreal hospital provides — dare I say — check-ups to influential businessmen right in the hospital. At one point, they said: "Listen, we are prepared to pay to come in on Saturdays. We have no problem with your making a profit on that. So, we'll just line up the limousines one after the other, and we'll pay you for your services."

But that arrangement was not accepted. So, they have to have their check-ups during the week like everybody else. One businessman in particular gave a Mont-Blanc pen to all the secretaries and technicians. I can assure you that he gets an appointment on the day and at the time he wants.

It is very nice for the secretary who gets a beautiful Mont-Blanc pen out of it. But what does the hospital get out of it? Nothing. If that were subsidized, we would be able to talk about managers managing income and expenses.

On page 18, you say:

There is a need to increase efficiency and effectiveness and find new ways of operating.

That is true. We have been injecting money into the health care system for thirty years now. For thirty years we've been investing in the health care system, assuming that things will get better, but things never get better. So, there must be other problems. And that is basically what I was saying earlier. There is a management problem. There is a private/public partnership problem, but everyone is afraid to talk about it because they think the private sector will gobble up the public sector and that we will end up with two-tier medicine, when actually we would be able to afford to have a second tier of medicine. That is the difference. So, we need both.

Je pense que la réponse c'est non. Prenons comme exemple l'Australie, où il y a une assurance complémentaire qui coûte à peu près ce que nous coûte le permis de conduire ici, environ 500,00 \$ par année. Et, pas pour les riches, mais pour des gens dont le revenu moyen est d'environ 23 000,00 \$ canadiens. Ceci amène une injection de fonds supplémentaire dans le système de santé.

Les gens d'ici peuvent dépenser des milliers de dollars chaque année en billets de Loto, puis ils n'ont pas le droit de prendre 500,00 \$ pour s'assurer qu'ils vont avoir des bons services. Il y a quelque chose qui ne marche pas là-dedans. C'est vrai que la Loto, ça rapporte beaucoup d'argent, mais il me semble qu'on pourrait investir les revenus à la bonne place.

La médecine à deux vitesses, cela existe. Je pense qu'il y a deux sortes de médecines à deux vitesses: privée/publique et une médecine à deux vitesses dont on ne parle pas et qui rapporte peu. Je vous dresse l'image que je dresse souvent: Vous voulez avoir des bons services de nos jours dans un hôpital, c'est très simple: ou bien vous gueulez comme un putois puis ensuite vous faites partie d'un groupe de pression ou bien vous avez des amis dans le milieu. Cela ne rapporte pas beaucoup financièrement. On pourrait s'organiser pour au moins faire de l'argent avec cela.

Je vais vous raconter une histoire. J'aime beaucoup raconter des histoires. Dans un centre hospitalier de Montréal où il y a des — je n'ose pas dire — des «check-ups» pour des hommes d'affaires influents, ils sont offerts au centre hospitalier. On a dit: «Écoutez, nous autres, on serait prêt à payer le samedi. Prenez-vous du profit, aucun problème. Puis on va aligner les limousines une après l'autre, puis on va vous payer ça.»

Cela n'a pas été accepté. Donc, ils sont subissent leurs examens durant la semaine comme tout le monde. Un des hommes d'affaires a donné une plume Mont-Blanc à toutes les secrétaires et à toutes les techniciennes. Je vous assure qu'il a son rendez-vous le jour et à l'heure qu'il le veut.

C'est très joli pour la secrétaire qui reçoit une belle plume Mont-Blanc. Cela rapporte quoi au centre hospitalier? Zéro. Si cela avait été subventionné, on pourrait parler de gestionnaires de revenus et de dépenses.

À la page 18, vous dites:

Il faut augmenter l'efficacité et l'efficacités et aussi trouver des nouveaux modes de fonctionnement.

C'est vrai. Cela fait trente ans qu'on injecte des fonds dans le système de santé. Cela fait trente ans qu'on investit dans le système de santé en supposant que cela ira mieux, puis cela ne va jamais mieux. Il doit donc y avoir d'autres problèmes. Et c'est un peu ce que je vous disais tantôt. Il y a un problème de gestion. Il y a un problème de partenariat privé/public et tout le monde a peur d'en parler parce qu'ils pensent que c'est le privé qui va manger le public et qu'on aurait alors une médecine à deux vitesses, alors qu'on aurait les moyens d'avoir une médecine en deuxième vitesse. C'est ça la nuance. Et donc, il faut faire les deux.



In Sweden, which is a much more social democratic country than Canada, the largest hospital in Stockholm was sold to the private sector; it is now listed on the stock exchange. And when people go to see their doctor, they are responsible for a co-payment of \$25 if they consult their doctor at his office, or \$35, if they visit an emergency department.

On page 19, you say:

All physicians should be required to work a certain number of hours in the public system.

We agree with that. We think that would be possible if we have a private/public partnership. And Bonin, an economist who wrote an excellent book on the management of various government systems in Quebec, suggested that all physicians should be forced to work 35 hours a week in the public system, and then, if they wish to work additional hours in the private sector, they would be able to do so.

There would be an advantage in doing that. With the ceilings in place in Quebec, physicians only work as many hours as the ceiling allows, then after that, they go and play golf. While that is happening, people are not being treated. The people who would be treated under those circumstances would not be treated within the public system. And it is highly likely that fewer physicians would leave Canada to practice elsewhere because they are paid less here.

You also say that the public system could guarantee waiting times and that if those were exceeded, the government would pay for the treatment to be provided by a private facility. That is something that must really scare the government, for two reasons.

First, we should not even be talking about waiting periods and waiting lists. There are waiting lists for cardiac surgery, and so forth. That makes absolutely no sense. And for breast cancer surgery, people are often required to wait a number of weeks. But when you are sick, you do not want to wait weeks. You should be treated immediately. So there is a danger in that kind of approach.

Of course, there would be a danger in indirectly subsidizing the private market, which could clearly demonstrate that it provides better services, so we will try to slow down the public system as much as possible to bring the money in that way.

On the same page, you say there is a need for:

an independent, mandated organization to ensure that technology used in the public system is as advanced as that available in the private sector.

I believe we are way behind as far as technology goes. The danger I see is again that we will just expand the bureaucracy by creating another organization. And if there is not adequate funding to allow us to be as advanced as the private sector, we clearly will not see any results.

The President of the Conseil des technologies du Québec told ministry officials one day: I produced these great reports, but you never act on the recommendations. Why do you pay us to write reports that you have no intention of implementing, because you do not have the funds to do so?

En Suède, qui est un pays encore beaucoup plus social-démocrate que nous, le plus gros hôpital de Stockholm a été vendu au secteur privé; il est coté sur la Bourse maintenant. Et quand les gens vont voir leur médecin, bien, cela coûte 25,00 \$ en co-paiement s'ils voient leur médecin au bureau, et 35,00 \$ s'ils font une visite au service d'urgence.

À la page 19, vous dites:

Tous les médecins pourraient être tenus de travailler un certain nombre d'heures dans le système public.

On est d'accord avec cela. Je pense qu'on pourrait arriver à le faire si on avait un partenariat privé/public. Et l'économiste Bonin, qui, d'ailleurs, a écrit un excellent livre sur la gestion de différents systèmes gouvernementaux au Québec, avait proposé qu'on devrait obliger tous les médecins à travailler trente-cinq heures/semaine dans le système public, et ensuite, s'ils veulent travailler dans le secteur privé, ils pourraient le faire.

Il y aurait un avantage à cela. Avec les plafonds qu'il y a au Québec, les médecins travaillent selon le plafond, puis après cela, ils vont jouer au golf. Les gens ne sont pas traités pendant ce temps-là. Les gens qui seraient traités là ne seraient pas traités dans le système public. Et il y aurait de fortes chances que moins de médecins s'en aillent à l'étranger parce qu'ils sont moins bien payés ici.

Vous dites également que le système public pourrait garantir les délais d'attente et que, s'ils sont dépassés, le gouvernement paierait pour que le traitement soit assuré par le privé. Cela doit faire bien peur au gouvernement pour deux raisons.

D'abord, on ne devrait même pas parler d'attente et de liste d'attente. Il y a des listes d'attente pour la chirurgie cardiaque, et cetera. Cela n'a pas d'allure. Et pour la chirurgie liée au cancer du sein, on attend souvent plusieurs semaines. Quand on est malade, il n'y a pas de semaines. On devrait être traité tout de suite. Donc, il y a un danger à ce niveau-là.

Évidemment, il y aurait un danger de subventionner indirectement le privé, ce qui pourrait avoir tendance à démontrer très clairement qu'on donne de meilleurs services, donc on va essayer de ralentir le plus possible le système public pour qu'on puisse ramasser l'argent à ce niveau-là.

Vous dites, dans la même page, que:

... un organisme indépendant mandaté pour veiller à ce que la technologie dans le système public soit aussi avancée que dans le privé.

Je pense qu'on a beaucoup de retard au niveau de la technologie. Le danger que j'y vois, c'est encore d'augmenter la bureaucratie par la création d'un autre organisme. Et s'il n'y a pas un financement adéquat pour qu'on arrive à la même chose que dans le secteur privé, il est évident qu'on n'aura pas de résultats.

Le président du Conseil des technologies du Québec disait un jour au ministère: Moi, je vous fais des beaux rapports mais vous n'appliquez pas les recommandations. Pourquoi nous payez-vous pour vous faire des rapports quand vous ne les appliquerez pas parce que vous n'avez pas le financement pour le faire?

On page 27, in relation to technology:

Modernize, purchase, operate...

What a great idea! In terms of information technology, you say it is a cottage industry. That is terrible! We are not in the modern era here. Shareable computerized medical records, patient medication, laboratory analyses that come in by computer, diagnostic and therapeutic aids — all of this would save a great deal of money. And it would mean that patients would receive better treatment.

The problem is that everybody is off doing his own thing, without telling anybody else about it. If we computerize the entire system, I predict that in a few years, we will face a great many problems. How will we ever be able to harmonize all these small computer systems here and there, when we probably should have developed a provincial or national plan? When someone gets sick in Vancouver, using a computer, we could find out what medication the patient is using in Montreal. I guess that is wishful thinking.

You refer to pilot projects. In Quebec — and I do not know what it is like in the other provinces — it seems to me we have been overdosing on pilot projects. At the College, we have assessed hundreds of pilot projects, some as ridiculous as the one on the use of combi-tubes by ambulance operators, and things like that.

Instead of basing ourselves on research principles, we launch pilot studies, show that something is effective, proceed to carry out a "multi-center" study, and then apply it.

I am not very keen on pilot projects.

**Senator Morin:** I want to be sure I understand your point, Dr. Lamontagne. What you're saying is that rather than carrying out pilot projects where there is not proper control and verification, we should be doing "multi-center" studies. Is that what you mean?

**Mr. Lamontagne:** It seems that every time we launch a pilot project, we are out to discover something new. But take the informatics sector, for example. There are a great many things that have already been discovered and applied throughout the world.

Let me give you an example relating to computerized medical records:

There is currently an excellent program in place in Australia, which could easily be translated into French. In Quebec, we are carrying out pilot projects, when in fact we would simply have bought that program from Australia, started applying it in English immediately, and then had it translated into French. Ten years from now, we would have to update it. But let's stop doing research in areas where it has already been carried out. There are a lot of companies developing very interesting things. We seem to find that rather scary.

The same applies to tele-health. Because of the size of our country, we really need to develop tele-health. I'd like to cite a very personal example of that. Two years ago, my daughter got a concussion while skiing in New Hampshire. There is a small hospital there serving a population of about 20,000 that had a

La page 27, en rapport avec la technologie:

Moderniser, acquérir, faire fonctionner...

Excellente idée! Au niveau des techniques de l'information, vous parlez de l'industrie artisanale. C'est épouvantable! On n'est pas à l'ère moderne. Le dossier informatisé partageable, la médication pour le patient, les analyses de laboratoire qui rentrent par ordinateur et l'aide diagnostique et thérapeutique, tout cela épargnerait beaucoup d'argent. Cela donnerait des meilleurs traitements aux malades.

Le problème, c'est que chacun fait sa petite affaire dans son coin, sans en parler. Et si on informatise complètement le système, je prédis que dans quelques années on aura beaucoup de problèmes. Comment sera-t-on capable d'harmoniser, au niveau informatique, tous les petits systèmes à gauche et à droite, alors qu'on aurait dû faire un plan provincial ou national, à la rigueur? Quand quelqu'un tombe malade à Vancouver, avec l'ordinateur, on sait quel médicament la malade prend à Montréal. C'est de rêver en couleur, je vous l'avoue.

Vous parlez des projets pilotes. Au Québec — je ne sais pas comment c'est dans les autres provinces — il me semble qu'on souffre de «*pilotite*». Nous, au Collège, avons évalué des centaines de projets pilotes aussi ridicules que pour le combi-tube par des ambulanciers, puis des trucs comme cela.

Alors qu'on devrait se baser sur des principes de recherche, on fait une étude pilote, on démontre qu'elle est efficace, on fait une étude «multi centre», et on applique.

Je ne suis pas très enthousiaste en ce qui est des projets-pilotes.

**Le sénateur Morin:** Je voudrais bien comprendre votre point, docteur Lamontagne. Ce que vous dites, c'est que plutôt que de faire un projet pilote qui n'est pas contrôlé puis qui n'est pas vérifié, ce serait plutôt une étude «multi centre». C'est ce que vous dites?

**M. Lamontagne:** On dirait qu'à chaque fois qu'il y a un projet-pilote qui commence, c'est comme si on voulait découvrir de nouvelles choses. Prenons l'exemple de l'informatique. Il y a plein de choses dans le monde entier qui ont déjà été découvertes et appliquées.

Je vous donne un exemple pour le dossier informatisé:

Il y a un excellent programme qui est fait en Australie, et qui serait facilement traduisible en français. Au Québec, on fait des projets pilotes alors qu'on aurait pu acheter cela de l'Australie, l'appliquer tout de suite en anglais, et ensuite le faire traduire en français. Peut-être que dans dix ans il faut le moderniser. Mais arrêtons de faire la recherche quand elle est déjà faite. Il y a beaucoup de compagnies qui ont développé des choses intéressantes. Il semble qu'on un peu peur de cela.

Même chose pour la télé-médecine. À cause de la grandeur du territoire, il est très important de développer la télé-médecine. Je vous citerais un exemple très personnel. Il y a deux ans, ma fille a fait une commotion cérébrale alors qu'elle faisait du ski dans le New Hampshire. Le petit hôpital qui désert 20 000 personnes



CAT scanner: they did the CAT scan and when I asked where the radiologist was, they told me they didn't have one, but that Tele-health Boston would provide an answer within a half hour.

Three quarters of an hour later, we were told that it was not serious. I left the hospital with a bill of \$935 US. But that is real efficiency! And they are saving money, because they do not need a radiologist and everything is carried out using tele-health.

In terms of resources, we have a shortage of physicians. A long time ago, we must have done some serious miscalculations with respect to physician manpower. We are starting to have a clearer idea now and are realizing that there is in fact a shortage all across Canada. I will not dwell on that any further.

The current rules define what various professionals can and cannot do. We can talk about this more later. We are also currently considering the idea of shareable procedures, which I will address later.

Indeed, we have to review our entire system of shared procedures. This goes back to what the optometrists were saying earlier. But we also need to be careful: we have to avoid replacing one health care provider with another and thus driving our health care system down to the lowest common denominator.

In Quebec, the Bernier Committee considered this. We have to avoid turf wars, or giving something to Pierre that we then take away from Jacques, to the point where we end up with lower quality medicine.

At the political level, this could result in savings and increased access. In terms of economics, there is a chance that costs would be reduced. However, I am not so sure that services would be as good.

And finally, the good stuff: physicians' compensation. Everyone agrees on the need to review fee-for-service — at least in Quebec. It all began in Quebec with this business of a lump sum based on a percentage of procedures performed. Actually, with capitation, it is about the same thing: there is a lump sum and a percentage of procedures. I think that is most likely the best approach.

The most important factor in decreased productivity is without a doubt salary, because physicians really become public servants. I have seen that happen in certain European countries.

In last Monday's *La Presse*, a doctor was saying that he was leaving the CLSC for private practice, because he was only seeing patients about eight hours a week. We should not be paying physicians to go to meetings on public health: we are paying them to see patients. So that is certainly a problem. And perhaps individually based compensation would be helpful in that respect.

I should say that my former specialty is psychiatry. As long as physicians — indeed, like other people — see themselves as entrepreneurs — and let's not kid ourselves, they are — we have

avait un scanographe. Ils ont fait la scanographie, et quand j'ai demandé où était le radiologiste, ils ont dit qu'ils n'en avaient pas, mais que Télé-médecine Boston rendrait une réponse dans une demi-heure.

Trois quarts d'heure après, on nous a rassurés que ce n'était pas sérieux. Je suis sorti de l'hôpital avec un compte de 935.00 \$ US. Mais cela, c'est de l'efficacité! Et ils épargnent de l'argent parce qu'ils n'ont pas besoin de radiologiste et tout est fait par télé-médecine.

Ressources humaines, pénurie de médecins. Je pense que longtemps, on a mal compté les effectifs médicaux. On commence à bien connaître mieux et on s'aperçoit que, effectivement, on est en pénurie partout au Canada. Je ne m'étends pas plus longtemps là-dessus.

Les règles actuelles définissent ce que les divers professionnels peuvent ou ne peuvent pas faire. On pourra vous en parler tantôt. Nous avançons actuellement l'idée des actes partageables. Je vous en parlerai.

En effet, il faut revoir tout notre système de partage des actes. Un peu comme les optométristes l'ont expliqué tantôt. Mais attention, il faut faire en sorte de ne pas remplacer, comme vous le dites, un dispensateur de soins par un autre et ainsi créer un nivellement par le bas.

Au Québec, le Comité Bernier travaille là-dessus. Il faut éviter les querelles de chapelle, de donner à Pierre puis d'enlever à Jacques, et là d'arriver à une médecine vraiment de moins bonne qualité.

Au niveau politique, cela pourrait amener des économies, cela pourrait amener une augmentation d'accessibilité. Au niveau économique, il y a des chances que cela baisse les coûts. Mais je ne suis pas sûr que les services seraient aussi bons.

Enfin, le gâteau, le paiement des médecins. Tout le monde est d'accord pour réviser le paiement à l'acte, à tout le moins, au Québec. Cela a déjà commencé au Québec avec cette histoire de forfait avec un pourcentage d'actes. Au fond, dans la capitation, c'est un peu la même chose, il y a un forfait et un pourcentage d'actes. Je pense que c'est fort probablement le meilleur moyen.

La plus importante cause de diminution de la productivité, à mon avis, c'est sans aucun doute le salariat, où le médecin devient vraiment un fonctionnaire. J'ai vu cela dans certains pays européens.

Dans *La Presse* de lundi dernier, un médecin disait qu'il quittait un CLSC pour s'en aller en pratique privée, parce qu'il ne voyait des patients que durant huit heures par semaine. On n'a pas payé un médecin pour faire des meetings sur la santé publique, on l'a payé pour voir des malades. Alors cela pose des problèmes. Et peut-être que la rémunération par personne pourrait aider dans ce sens-là.

Je ne vous cacherai pas que mon ancienne spécialité est la psychiatrie, tant que les médecins — comme d'autres, d'ailleurs — auront une mentalité d'entrepreneurs, et ne nous leurront pas.

to provide for enhancements — hence the need, in my view, for a mixture of forms of compensation for physicians.

**Senator Morin:** Senators' questions will be addressed to you either in French or English. You may answer in the language of your choice.

**Mr. Lamontagne:** No problem.

[English]

**Senator Keon:** Dr. Lamontagne, you certainly covered the entire waterfront, and you covered it very well. You threw out all kinds of dilemmas that are confronting everybody.

I want to bring you back to the physician remuneration system. Mr. Claude Castonguay was here yesterday morning, and I mentioned to him that, when the CLSCs came in, my brother was a general practitioner in western Quebec and he thought this was a great idea because it, for example, provided social workers who would deal with non-medical problems that were taking up about 30 per cent of his time. That left him free to deal with medical problems. However, you have pointed out some of the pitfalls of the system.

You also mentioned tele-health. The Heart Institute in Ottawa has been involved in tele-health for quite a long time. We have installations in Baffin Island and other remote area so that the local people can transmit their medical information to Quebec and Ontario. The major barrier to setting this up is that there is no way of paying the doctors. At the Heart Institute, where physicians are salaried and they share the total pot of money according to formulas, there is no problem at all. If a physician has to spend time on a tele-health clinic, it does not hurt his income any more than teaching or research. However, in the small communities, the doctor will not be paid for that service. You have to ask the doctor to work for nothing for a morning so that this can be done.

I feel very strongly that the medical profession has to lead the way in advising government about alternate payment plans. I agree with you in that I do not think there should be a universal plan. However, we have to assist government in developing payment plans that can make the system work in primary care, in academia, and so forth.

You covered this area to a degree. You said very forcefully that you do not want to see doctors become civil servants, and I agree with that. We want to leave some incentives. The fee-for-service system does not work in many systems. Maybe you could go through that a little slower than you did on your first run at it, because you covered so much material. Could you give us your thoughts on the various systems of payment that could solve the problems in primary care, in academic institutions where people have to devote a lot of time to teaching and research, and in

les médecins en sont, il faut remettre des renforts. D'où l'importance, à mon avis, d'un mélange de rémunération des médecins.

**Le sénateur Morin:** Alors, les questions vous seront adressées soit en français ou en anglais. Vous y répondrez dans la langue de votre choix.

**M. Lamontagne:** Pas de problème.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Docteur Lamontagne, vous avez vraiment fait le tour de la question, et votre exposé était très clair. Vous avez mis le doigt sur tous les dilemmes auxquels nous sommes actuellement confrontés.

Je voudrais que vous nous parliez encore du système de rémunération des médecins. M. Claude Castonguay a comparu hier matin, et je lui disais que lorsqu'on a créé le système des CLSC, mon frère était omnipraticien dans l'ouest du Québec et trouvait que c'était une idée formidable, étant donné que les gens auraient ainsi accès à des travailleurs sociaux qui puissent traiter des problèmes non médicaux qui, dans son cas, représentaient 30 p. 100 de son temps. Ainsi il était plus libre de traiter les problèmes d'ordre médical. Cependant, vous nous avez fait remarquer certains des inconvénients de ce système.

Vous avez également parlé de télémedecine. L'Institut de cardiologie d'Ottawa a recours à ce genre de système depuis fort longtemps. Nous avons des installations sur l'île de Baffin et dans d'autres régions éloignées qui permettent aux gens de la localité d'envoyer leurs informations médicales au Québec et en Ontario. Le principal obstacle à la mise en oeuvre de ce genre de système est l'impossibilité de payer les médecins. À l'Institut de cardiologie, où les médecins sont salariés et partagent les crédits disponibles en fonction de diverses formules, cela ne pose absolument aucun problème. Si un médecin doit consacrer du temps à une clinique de télémedecine, cela ne nuit aucunement à son revenu, pas plus que l'enseignement ou la recherche, d'ailleurs. Mais dans les petites localités, les médecins ne sont pas payés pour ce service-là. Il faut donc demander aux médecins de travailler pour rien toute une matinée pour que ce système puisse fonctionner.

Je suis fermement convaincu que c'est aux médecins d'être des chefs de file pour ce qui est de conseiller le gouvernement sur d'autres régimes de rémunération. Je suis d'accord avec vous pour dire qu'il ne doit pas y avoir de régime universel. Cependant, il faut aider le gouvernement à élaborer des régimes de rémunération qui conviennent à tous ceux qui travaillent dans le cadre du système, que ce soit dans la prestation des soins primaires, en milieu universitaire, et cetera.

Vous en avez un peu parlé dans votre exposé. Vous nous avez clairement fait comprendre que vous ne souhaitez pas que les médecins deviennent fonctionnaires, et je suis d'accord avec vous. Il faut leur donner des encouragements. Le système de rémunération à l'acte n'est pas efficace dans bien des contextes. Peut-être pourriez-vous essayer de nous expliquer cela un peu plus lentement cette fois-ci, puisque vous avez abordé tant d'éléments différents. Pourriez-vous donc nous reparler des diverses méthodes de rémunération qui permettraient peut-être de régler les



leading edge programs where there is no fee in the fee schedule? It appears there will not be one for four or five years with some of the new things that come out. There has to be a way of remunerating doctors so that we get leading edge health care to the patients. Tele-health is a good example of that.

What kind of a system do you think could be implemented? Let us limit it to Quebec now because you know the scene in Quebec very well. What kind of system do you think could be implemented in Quebec that would solve some of these problems?

**Dr. Lamontagne:** I will make two comments. The first is related to the CLSCs that you talked about. I will give you an example of this partnership. When this all started there were physicians in private practice in one building, and suddenly the CLSC was at the next corner. They were practising medicine and then more and more they began to treat social problems rather than medical problems. Of course, they stopped talking to those people in private practice, and it was the same the other way around.

That is an example of one partnership that could be formed. You could combine the CLSCs with doctors working in private practice. Hopefully, doctors working in CLSCs would work very closely with those in private practice so that they would have a connection to treat psychological and social problems. As it is now, physicians in private practice and CLSCs do not communicate.

Of course, there would be one major problem. If, as a CLSC salaried doctor I am working eight hours a week and I am very satisfied with that, I would not be very happy to start seeing patients 35 hours a week. You would certainly have to find some new reinforcers that would encourage these people to get into the new system.

On the subject of payment, I believe that what you have at your hospital is what we would call the pool system. In university hospitals I think operating with a pool system is a very good idea. However, people always become worried when there is any suggestion of changing a routine. You have to give them some reinforcers to get them into a new system. I might also add that there may be a cultural element because, in Montreal, the pool system is working much better in the English university hospitals than in the French hospitals.

However, I think it is a good idea. I have been teaching at a university for 25 years. As in a private business, at the end of the year, if you are in the pool system you have to show what you have done during the year in terms of teaching, research, publishing, grants, clinical services, and so on. That creates very good competition. If you do not meet certain criteria, you are

problèmes qui se posent au niveau des soins primaires et des établissements universitaires où les gens sont obligés de consacrer beaucoup de temps à l'enseignement et à la recherche et à d'autres activités liées aux programmes de pointe pour lesquels aucun paiement n'est prévu dans le barème actuel? On dirait qu'il n'y en aura pas avant quatre ou cinq ans qui incluent certaines de ces activités toutes nouvelles. Il faut qu'on soit en mesure de rémunérer convenablement les médecins pour pouvoir dispenser des soins de santé qui sont à la fine pointe technologique. La télémédecine en est un bon exemple.

À votre avis, quel genre de système pourrait-on envisager de mettre en oeuvre? Limitons-nous pour l'instant au Québec, puisque vous connaissez très bien la situation dans la province. À votre avis, quel type de système serait-il possible de créer au Québec qui permette de régler un certain nombre de ces problèmes?

**M. Lamontagne:** Je voudrais faire deux observations. La première concerne les CLSC dont vous avez parlé tout à l'heure. J'aimerais vous donner un exemple de ce genre de partenariat. Quand ce nouveau système a été mis en place, il y a des médecins d'exercice privé qui avaient leur cabinet dans un bâtiment, et tout d'un coup, des CLSC étaient mis sur pied à l'autre coin de rue. Au départ on pratiquait surtout la médecine dans ces centres, mais petit à petit, ils ont commencé à traiter davantage les problèmes sociaux que les problèmes médicaux. Et, évidemment, ils ont cessé de parler aux médecins d'exercice privé, et inversement.

Voilà le genre de partenariat qu'il serait possible d'établir. On pourrait faire en sorte que les CLSC travaillent de concert avec les médecins d'exercice privé. On peut aussi espérer que les médecins travaillant dans les CLSC acceptent de travailler en étroite collaboration avec leurs collègues d'exercice privé, pour qu'ils puissent communiquer afin de mieux traiter les problèmes psychologiques et sociaux. À l'heure actuelle, il n'y a pas de communication entre les médecins d'exercice privé et les CLSC.

Bien sûr, ça donnerait lieu à un problème important. Si, à titre de médecin salarié travaillant dans un CLSC, je travaille huit heures par semaine et j'en suis content, je ne voudrais pas qu'on m'oblige à voir des patients 35 heures par semaine. Donc, il faudrait trouver d'autres moyens d'inciter ces gens-là à participer au nouveau système.

Pour ce qui est de la rémunération, ce que vous avez à votre hôpital, c'est ce qu'on appelle le système de regroupement. Dans les hôpitaux universitaires, ce genre de système donne de très bons résultats. Mais les gens s'inquiètent toujours dès lors qu'il est question de changer la routine. Il faut donc leur offrir des encouragements pour leur faire accepter une nouvelle formule. Je dirais aussi qu'il y a peut-être un élément culturel dans tout cela parce qu'à Montréal, le système de regroupement marche beaucoup mieux dans les hôpitaux universitaires de langue anglaise que dans les hôpitaux de langue française.

Mais à mon avis, c'est une bonne idée. J'enseigne à l'université depuis 25 ans. Comme c'est le cas pour une entreprise privée, à la fin de l'année, si vous êtes visé par un système de regroupement, vous devez ventiler toutes vos activités au cours de l'année — c'est-à-dire, enseignement, recherche, publication d'articles, subvention, services cliniques, et cetera. Cela crée ainsi un climat

fired. That encourages entrepreneurship and leadership. In my opinion, the pool system is a good thing for university hospitals.

However, in primary care, I think that a mixture of "forfait" as they say in French, that is, a flat rate or fixed sum, and a percentage of the fee for service is not a bad thing. Doctors working in an isolated region where they are expected to undertake all sorts of new activities could be paid on a forfait basis. If the task is related to clinical work, then you would add to that a percentage of a fee for service. Of course, that is not part of the responsibility of the College of Physicians and Surgeons. That falls on the shoulders of the federations, which are really the unions. They would have to discuss with the government, what work would be paid for.

Our college prepared a report on télé-médecine. When tele-health started there was no provision for payment for a consultation by tele-health. Nobody was paying for that service.

I think a mixture of "forfait" and a percentage of fee for service would be appropriate for doctors in outlying regions. Of course we have the whole problem of trying to keep physicians in the regions.

**Senator Keon:** Do you think part of the problem is that we have two separate pools of funds? Tele-health or télé-médecine is, perhaps, a framework within which to discuss this. There is a pool of funds to remunerate physicians, and there is a pool of funds to pay for institutions, fundamentally. There are no funds for anything else. There are, of course, piecemeal little bits of money for this and that.

The problem is that, when a new program is approved in the institutional sector there is not, at the same time, approval to remunerate physicians from the pool of funds, because they are already short of funds. On an annual basis, they try to decide how to equitably divide the funds they have. They must decide whether specialists are making too much, and family physicians are making too little, and all of these problems. To include a new program in the fee structure is almost impossible.

One of the major barriers is the fact that we have these two pools of funds. Perhaps what is needed is the creation of a development fund that would fund programs both from the institutional sector and from the personal sector until an appropriate mechanism for funding them from both pools of funds comes about. We have nothing like that right now. This is a tremendous barrier to the development of new and efficient programs.

[Translation]

**Mr. André Garon, Deputy Secretary General, External Affairs, Quebec College of Physicians:** We have in fact noted the problems that would result from having two sources of

très compétitif. Si vous ne répondez pas à certains critères, on vous met dehors. Cela favorise l'esprit d'entreprise et le leadership. À mon avis, ce système de regroupement convient parfaitement aux hôpitaux universitaires.

Mais dans le secteur des soins primaires, une formule mixte prévoyant un forfait, ou une somme fixe, de même qu'un pourcentage de rémunération à l'acte n'est pas une mauvaise chose, à mon avis. Les médecins qui travaillent dans les régions éloignées, où ils sont censés entreprendre toutes sortes de nouvelles activités, pourraient être rémunérés en fonction d'un forfait. Si la tâche à accomplir est de nature clinique, il faudrait à ce moment-là y ajouter un pourcentage de rémunération à l'acte pour les autres services qui sont assurés. Évidemment, cela ne relève pas de la responsabilité du Collège des médecins et des chirurgiens. Cela relève des fédérations, qui sont en réalité des syndicats. Il faudrait qu'elles en discutent avec le gouvernement pour savoir quelles tâches seraient rémunérées de cette façon.

Notre collège a préparé un rapport sur la télémédecine. Lorsqu'on a lancé ce programme, le système ne prévoyait pas de paiement pour une consultation de télémédecine. Ainsi personne ne payait ce service.

Pour moi, une formule mixte prévoyant à la fois un forfait et un pourcentage de rémunération à l'acte serait appropriée pour des médecins qui travaillent dans les régions éloignées. Bien sûr, essayer de garder des médecins dans ces régions pose vraiment problème.

**Le sénateur Keon:** À votre avis, le problème réside-t-il en partie dans l'existence de deux sources distinctes de financement? Il faudrait peut-être en discuter dans le cadre de la télémédecine. C'est-à-dire qu'il existe des crédits pour rémunérer les médecins et d'autres crédits pour payer les frais des établissements. Mais il n'y a pas de crédits pour autre chose — à part, bien entendu, de petites sommes ici et là pour des projets bien précis.

Le problème, lorsqu'on approuve la création d'un nouveau programme dans le secteur institutionnel, on n'approuve pas en même temps une formule de rémunération des médecins à partir des crédits disponibles, parce que le système manque déjà de fonds. Donc, chaque année, ils essaient de voir comment ils peuvent répartir équitablement les fonds disponibles. Ils doivent se demander si les spécialistes gagnent trop d'argent, ou si les médecins de famille n'en gagnent pas assez, et cetera, et cetera. Donc, incorporer un nouveau programme dans le barème d'honoraires actuels est pratiquement impossible.

L'un des principaux obstacles est donc l'existence de ces deux sources de crédits. Peut-être faut-il créer un fonds de développement qui permettrait de financer des programmes à la fois dans le secteur institutionnel et le secteur privé, en attendant de créer un mécanisme approprié permettant de les financer à partir des deux sources de crédits. Cela n'existe pas à l'heure actuelle. Et cela freine beaucoup l'élaboration de programmes nouveaux et efficaces.

[Français]

**M. André Garon, secrétaire général adjoint aux Affaires externes, Collège des médecins du Québec:** On a effectivement constaté au Québec les problèmes que cela occasionnait d'avoir



funding, two programs that would be complete and utterly separate from one another. Before the Clair commission, and more recently before another parliamentary committee in Quebec, we argued for what we call a health care "hydro". Basically what we would like is an insurance system where one manager would oversee all insurance schemes to ensure that there is a comprehensive approach.

We realize that as part of the negotiations between the Minister and physicians' representatives, we could certainly agree on methods of compensation and rates. That works in favour of certain kinds of practices rather than others, and focuses on one approach; however, the public system, the funding of the public system and hospital funding focus on another approach. Insurance systems do not talk to each other. That results in mixed messages, inconsistencies, wasted energy, wasted money and everything else. If it were possible to develop bridges between these different funding schemes, we think that could be an attractive approach.

I want to come back to the question you asked earlier, to add something about compensation, and particularly physicians' compensation. We believe that one method or the other each has its benefits but also enormous disadvantages. The method involving fixed honoraria, lump sum honoraria, and salaries has advantages, but also significant disadvantages. The same can be said about the fee-for-service method. We believe it is time to consider some combination of the two, both for specialists with teaching and research duties and general practitioners providing front-line care.

What is most important at this stage in Quebec is to determine how we could combine the concept of client registration with a method of compensation that would introduce a form of capitation or a certain percentage of capitation payment. Perhaps 66 per cent of a physician's compensation could be based on capitation and 33 per cent on the procedures performed. You immediately see what the effect of that would be. And the capitation portion would be modulated on a basis of the patient base registered with the family physician.

There is no doubt that caring for a 35 year old man is ten times less onerous, in terms of the workload, than caring for a 60 year old suffering from multiple pathologies. So, the compensation has to be modulated on that basis. However, we do think there are some very promising avenues that are worth exploring, in addition to the one you seem to support, which would involve interface between public insurance schemes.

**The Acting Chair:** I think that's excellent. I really think your suggestion about 66 per 100 being based on capitation and 33 per cent on procedures performed an excellent one. Did you arrive at that figure after a study?

**Mr. Garon:** I cannot tell you whether it stems from a study or not, but the idea or principle behind it is to ensure that more than 50 per cent of the compensation is paid for the fact of being responsible for a patient group. And that is fundamental. The

deux sources de financement, les programmes distincts qui étanchent l'un par rapport à l'autre. À la Commission Clair et plus récemment d'ailleurs, dans une autre commission parlementaire à Québec, nous avons plaidé pour ce qu'on appelait dans notre jargon, un «hydro» de la santé. Au fond, ce qu'on souhaitait c'est d'avoir un système d'assurance puis un gestionnaire des régimes d'assurance pour qu'il existe une perspective d'ensemble.

On est conscient qu'on pourrait fort bien, dans le cadre d'une négociation entre le ministre et les représentants des médecins, convenir de modes de rémunération, de tarifs. Tout cela privilégie tel genre de pratique plutôt que tel autre, et va donc dans un sens; alors que le système public, le financement du système public, le financement des hôpitaux, va dans l'autre sens. Les systèmes d'assurance ne se parlent pas. Et cela crée de la cacophonie, de l'incohérence, de la perte, évidemment, d'énergie, de sous et tout le reste. S'il était possible d'aménager des passerelles entre ces financements-là, oui, ce serait probablement déjà intéressant.

Je reviens à la question que vous avez posée antérieurement, pour compléter ce qui a été dit concernant la rémunération plus particulièrement des médecins. Nous sommes d'avis qu'un mode ou l'autre comporte des avantages mais aussi des désavantages énormes. Le mode d'honoraires fixes, d'honoraires forfaitaires, de salariat, comporte des avantages mais aussi des désavantages importants. C'est la même chose pour le mode de rémunération à l'acte. Il serait important de considérer la combinaison des deux, quelque chose de mixte, autant pour le spécialiste qui a des fonctions d'enseignement et de recherche que pour le médecin qui fait de la médecine générale, au niveau de la première ligne.

Ce qui importe le plus à ce moment-ci au Québec, c'est de voir comment on peut combiner, à l'inscription de la clientèle, un mode de rémunération où on introduirait une forme de capitation, un certain pourcentage de paiement à la capitation. Peut-être que 66 p. 100 du paiement du médecin serait sur une base de capitation et 33 p. 100 sur des actes qui sont posés. Vous voyez l'effet tout de suite. Et la portion capitation serait modulée en fonction de la clientèle qui est inscrite auprès du médecin de famille.

Il est certain que de s'occuper d'un jeune homme de trente-cinq ans en bonne santé, c'est dix fois moins onéreux en termes de charge de travail que de s'occuper d'une personne de soixante ans qui souffre de pathologies multiples. Il faut que ce soit modulé en fonction de cela. Mais on pense que d'explorer des nouvelles avenues de rémunération pourrait être fort prometteur, en plus de celle que vous semblez soutenir qui est d'avoir des interfaces entre les régimes publics d'assurances.

**Le président intérimaire:** Je trouve ça excellent. Si vous permettez, je pense que c'est excellent, ce 66 p. 100 de capitation et 33 p. 100 à l'acte. Est-ce que vous êtes arrivés à ce chiffre après une étude?

**M. Garon:** Je ne pourrais pas vous dire si c'est le fruit d'études mais l'idée, le principe en dessous c'est de faire en sorte qu'il y ait plus de 50 p. 100 qui soit payé pour avoir la responsabilité d'une clientèle. Et cela est fondamental. Le système de «fee for service»,

fee-for-service system does not include a procedure called case management for which there is a charge, does it?

**The Acting Chair:** That is exactly our thinking. Senator Keon, do you have any other comments?

[English]

**Senator Keon:** I did want Dr. Lamontagne to expand on co-payments.

Let me try to present something that we discussed with other people across the country. We are in a situation now where hospital care and the doctors' charges are pretty well covered in the system, but then there items at the front end, in preventive health, and so forth, where there is no coverage at all. For example, in the Heart Institute we run smoking cessation programs, primary prevention programs, and so forth. We are able to fund these out of our global budget because of efficiencies, but the programs are not as large as we would like them to be.

In terms of preventive programs, what happens is that American hot-shots out of California come up, set up shop in town, give cooking lessons, and they charge people to go to these classes. Of course, only the richer people can afford to go to these classes.

At the other end, when you talk about home care and custodial care of various kinds, including physiotherapy at home and other things, the funding runs out and the patient has to pick up the tab. This has become a serious problem, particularly for older people where their government payments run out and their insurance runs out. The family is left to pick up the tab for some kind of care, and it almost wipes them out financially.

As I read your remarks, you say that you see a co-payment system existing across the board. In other words, the government pays part of everything and the individual pays the other part. Am I correct in my understanding?

**Dr. Lamontagne:** Yes, but there is a problem with that. What will happen to the poor people? If they cannot pay, they will not seek medical care and, if they do not do that, then they may die. It will be like it is in the States: If you have no money you can die on the street. I do not know the answer to that. Perhaps we would consider a system that is equivalent to Legal Aid which assists people who cannot afford to pay their legal fees. It applies to people whose income is, say, less than \$20,000 a year. People who earn more than that have to pay their own legal costs. If we can do that for legal aid purposes, why can we not do that for medical purposes? If you have money, you pay; and if you have more money, you pay more. It is quite easy to check income against

de remboursement pour des actes posés, cela fait qu'il n'y a pas un acte qui s'appelle «prise en charge» puis qui est tarifié, n'est-ce pas?

**Le président intérimaire:** C'est exactement la ligne de pensée dans laquelle nous nous engageons. Sénateur Keon, est-ce que vous avez d'autres commentaires?

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** J'aimerais que le Dr Lamontagne nous explique un peu plus sa réflexion en ce qui concerne les copaiements.

Mais je voudrais tout d'abord vous parler de quelque chose dont nous avons discuté avec d'autres personnes d'un bout à l'autre du pays. À l'heure actuelle, les soins hospitaliers et les honoraires des médecins sont plus ou moins couverts dans le cadre du système, mais d'autres services, qui concernent notamment la prévention, et cetera, ne sont pas du tout assurés. Par exemple, à l'Institut de cardiologie, nous dispensons des programmes de désaccoutumance au tabac, des programmes de prévention primaire, et cetera. Nous arrivons à les financer à partir de notre budget global, grâce à notre efficacité dans d'autres domaines, mais ces programmes ne sont pas aussi importants qu'on le souhaiterait.

S'agissait de programmes de prévention, ce qui arrive, c'est que les grands pontes américains arrivent de Californie, s'établissent ici, donnent des leçons de cuisine, et font payer les gens pour suivre ces cours. Évidemment, seuls les riches peuvent se permettre de les suivre.

Par contre, quand vous parlez de soins à domicile ou de soins en milieu surveillé, y compris la physiothérapie à domicile et d'autres services de même genre, là les fonds s'épuisent rapidement, si bien que le patient doit supporter lui-même les frais de ces services. Cette situation pose gravement problème, notamment aux personnes âgées, dès lors que les versements qu'elles reçoivent du gouvernement ou de l'assurance sont épuisés. C'est la famille qui finit donc par avoir à payer les soins, ce qui lui crée souvent de graves difficultés financières.

J'ai lu votre mémoire, et vous y indiquez qu'à votre avis, il serait possible d'appliquer une formule de copaiement à l'ensemble du système. Autrement dit, le gouvernement paierait une portion du coût de tous les soins et services, et le patient paierait l'autre portion. Ai-je bien compris?

**M. Lamontagne:** Oui, mais cela pose problème malgré tout. Qu'arrive-t-il aux pauvres? S'ils n'ont pas les moyens de payer, ils n'iront pas se faire soigner, et s'ils ne sont pas soignés, ils risquent de mourir. Ce sera comme aux États-Unis: si vous n'avez pas d'argent, vous pouvez mourir dans la rue. Je ne sais pas en quoi consiste la solution. Peut-être devrions-nous envisager de créer un système semblable à l'aide juridique, qui permet d'aider les personnes qui n'ont pas les moyens de payer leurs propres frais judiciaires. Si on peut faire ça pour les frais judiciaires, pourquoi ne pas le faire pour les frais médicaux? Si vous avez de l'argent, vous payez; et si vous avez encore plus d'argent, vous payez davantage. Il serait assez facile de vérifier le revenu des



annual income tax reports. We must remember that there are poor people, and they have to be treated as well as those who are rich.

I would agree with there being a co-payment for everything. If we start charging \$5 for this and \$10 for that and \$25 for something else, then we will be back to a bureaucratic system. How are we going to deal with that? What is worth \$5 and what is worth \$25? It could take years to come to decisions on that. I think that doing it across the board would be the best way to proceed.

To come back to my example in Sweden, if a patient goes to see his doctor with cold symptoms or because he has pneumonia, that costs \$25. If the patient goes to the emergency, for whatever reason, it costs \$35. That applies as long as a person can pay. I would agree with you that. It should be as simple as possible.

You talked about the Americans giving cooking lessons to those people who will pay for that. Well, that is quite nice, but I would say it is also very American. I quite agree with that. People should pay for that type of thing. However, I think that they should first pay into the system when they are sick.

Minister Trudel will be coming forward with the suggestions made by the Clair commission about what might be called old age security. Of course, on a political level, you will not win an election on that platform because lots of people would vote against that. Personally, I think it is a very good idea. On one side things are becoming so expensive and, on the other side, salaries are not increasing. If we get sick, we will not be able to afford any medical services. We also have to think about what our children will have to pay for us 20 years from now. There will be more old people than young people around 2016. That is why we should bank some money for that type of eventuality. I know that governments make a lot of money on lotteries, but they do what they want with that money. They certainly do not put it into health care. If you put some money aside, you know it is there and, when the time comes, there will be money to help you.

I agree with that but, politically, it is very tough to sell that to the population.

[Translation]

**The Acting Chair:** Dr. Lamontagne, before I recognize Dr. Keon again, what you are saying seems to be somewhat contradictory to what you said in your brief about co-payment. You said that co-payment should be prohibited for medical and hospital services except where the services provided and received are considered relevant, effective and efficient. You said we should prohibit co-payment, and then you gave a series of examples.

particuliers en examinant leurs déclarations annuelles d'impôt sur le revenu. Il faut se rappeler qu'il y a tout de même des pauvres, et qu'ils méritent d'être aussi bien traités que les riches.

Mais je serais d'accord pour qu'il y ait copaiement à l'égard de tous les services. Si nous commençons à faire payer 5 \$ pour tel service, 10 \$ pour tel autre service, et 25 \$ pour un autre service encore, nous aurons de nouveau un système bureaucratique. Comment va-t-on s'en sortir? Qu'est-ce qui vaut 5 \$ et qu'est-ce qui vaut 25 \$? Ça pourrait prendre des années pour prendre des décisions de ce genre. Par conséquent, il me semble préférable d'appliquer ce genre de formule à tous les services.

Pour en revenir à l'exemple de la Suède, si un patient consulte son médecin parce qu'il a un rhume ou la pneumonie, cela lui coûte 25 \$. S'il va au service d'urgence, pour quelque raison que ce soit, ça lui coûte 35 \$ — ça, c'est pour les personnes qui peuvent payer. Donc, je suis d'accord avec vous là-dessus. Il faudrait un système aussi simple que possible.

Vous avez parlé de ces Américains qui donnent des leçons de cuisine à ceux qui ont les moyens de se les payer. C'est très bien, mais je vous dirais aussi que c'est très américain. Je suis d'accord là-dessus. Les gens devraient avoir à payer ce genre de chose. Par contre, ils devraient surtout avoir à apporter une contribution au système lorsqu'ils sont malades.

Le ministre Trudel présentera sous peu les recommandations de la Commission Clair sur ce qu'on pourrait appeler la sécurité de vieillesse. Au niveau politique, évidemment, vous ne gagneriez jamais d'élections si vous proposiez un tel régime, parce que beaucoup de gens voteraient contre. Mais j'estime, personnellement, que c'est une très bonne idée. Les services et soins coûtent de plus en plus cher, mais les salaires n'augmentent pas. Si nous tombons malades, nous ne pourrions pas nous permettre de bénéficier de services médicaux. Nous devons aussi nous demander ce que nos enfants auront comme charge financière à cause de nous dans 20 ans. En l'an 2016, il y aura plus de vieux que de jeunes. C'est pour ça qu'il faut mettre de l'argent en banque dès maintenant pour cette éventualité. Je sais que les loteries rapportent gros aux gouvernements mais ces derniers peuvent ensuite s'en servir comme bon leur semble. Il va sans dire qu'ils ne l'investissent pas dans le système de soins de santé. Mais si vous mettez de l'argent de côté, vous saurez qu'il est là et que vous pourrez vous en servir le moment venu.

Je suis d'accord là-dessus mais, sur le plan politique, il serait très difficile de convaincre la population du bien-fondé d'une telle formule.

[Français]

**Le président intérimaire:** Docteur Lamontagne, avant de redonner la parole au Dr Keon, ce que vous dites semble un peu en contradiction avec le texte que vous nous avez soumis concernant le co-paiement. Vous avez dit qu'il devrait y avoir interdiction d'un co-paiement pour les services médicaux-hospitaliers qui ne devraient être maintenus que lorsque les soins dispensés et reçus sont considérés comme pertinents, efficaces et efficients. Vous dites qu'on devrait interdire le co-paiement, et vous donnez une série d'exemple.

The example I really liked, and which we will certainly be focusing on, relates to the percentage of care provided in a clinic to patients who are not registered with a family doctor. In other words, patients have the choice of registering or not registering. You certainly cannot force people to do it. But where they aren't registered, there would be a co-payment for any care they receive outside of the front-line medical care team. That is on page 4, under "Y". I really like that one, and this is the first time I've seen it. We are always talking about reforming front-line care, saying that patients have to be registered, and so on.

At the same time, we know that we cannot force people to register if they do not want to, nor can we force things on patients. As you point out on page 4, patients that refuse to register with a front-line medical team, for all sorts of different reasons, would have to bear a percentage of the costs, if they want to consult their pediatrician, gynecologist or psychiatrist directly. I think that's an excellent idea.

**Mr. Lamontagne:** I would like to elaborate on that for a moment, Dr. Morin, and then I will let Dr. Garon comment, because he is the one that wrote the brief. My first comment would be that we have to make this as simple as possible. Because as it currently stands, the system is complicated. If we could make it as simple as possible, at least in terms of co-payment, we would avoid the problem of additional bureaucracy.

If we charged a fee that would be the same for everyone, we would at least avoid a major administrative problem. We all know how expensive it is to administer the public system.

Now, when you talk about registered users, well, I guess I am going to play the devil's advocate here. If we introduce a capitation-based system in Quebec and ask people to register, there will be more people registering than the people who vote in municipal elections next Sunday.

It is pretty difficult to find a doctor. If we were to decide that people who do not register will have to pay, I am pretty sure 98 per cent of the population would line up to register.

**Senator Morin:** I would like to talk about direct access to a specialist to whom one has not been referred.

**Mr. Lamontagne:** I will let Dr. Garon answer.

**Mr. Garon:** As I am sure you understand, Dr. Morin, the idea here is to encourage healthy behaviour, behaviour that fosters efficiency and effectiveness, and to discourage other kinds of behaviour both among consumers or users and providers of care. We do not feel it is desirable for patients to be able to consult specialists directly, without having to go through the family doctor they are registered with. That being the case, we have to find some way to discourage conduct that we consider to be undesirable.

With respect to pharmacare, Quebec currently has a co-payment scheme which makes it possible to ascertain electronically what portion of the costs the patient has to defray and what portion is covered by the government. Management of this co-payment

Un exemple qui me plaisait beaucoup puis qu'on va sûrement retenir, c'est le pourcentage de soins dispensés dans une clinique à des malades non inscrits auprès d'un médecin de famille. Autrement dit, les malades ont le choix de s'inscrire ou de ne pas s'inscrire. On peut difficilement forcer les gens. Mais s'ils ne sont pas inscrits, il y a vraiment un co-paiement qui s'établit pour les soins auxquels ils ont accès en dehors de cette équipe de médecine de soins de première ligne. C'est à la page 4, sous «Y». Cela me plaît beaucoup et c'est la première fois que je vois cela. On parle toujours d'une réforme de soins de première ligne, que les malades doivent être inscrits et ainsi de suite.

Par contre, on dit qu'on ne peut pas forcer les gens à s'inscrire s'ils ne veulent pas le faire, et on ne peut pas forcer les malades. Comme vous le dites à la page 4, les malades qui refusent de s'inscrire auprès d'une équipe de médecine de première ligne, pour toutes sortes de raisons, assumeront un pourcentage des coûts s'ils veulent aller voir directement leur pédiatre, leur gynécologue ou leur psychiatre. Je trouve cela excellent.

**M. Lamontagne:** Je vais élaborer là-dessus, docteur Morin, ensuite je vais laisser le docteur Garon commenter parce que c'est lui qui a écrit le texte. Je vous dirais, dans un premier temps, qu'il faut rendre cela le plus simple possible. Parce que tel qu'il existe, le système est compliqué. Si on était capable de rendre cela le plus simple possible, au moins quand on parle de co-paiement, on éviterait que la bureaucratie entre là-dedans.

Si on avait un ticket orienteur qui serait le même pour tout le monde, on réglerait au moins un gros problème d'administration. Et on sait que combien cela coûte très cher d'administrer le système public.

Maintenant, quand vous parlez de population inscrite, je peux me faire, moi aussi, l'avocat du diable. Si on implante le système de capitation au Québec et qu'on demande aux gens de s'inscrire, ceux qui vont se présenter seront plus nombreux que ceux qui iront voter aux élections municipales dimanche prochain.

C'est assez difficile de se trouver un médecin. Si on disait que ceux qui ne s'inscrivent pas seront obligés de payer, je suis sûr que 98 p. 100 de la population va faire la queue pour s'inscrire.

**Le sénateur Morin:** J'aimerais qu'on parle de l'accès direct à un spécialiste à qui on n'aurait pas été envoyé.

**M. Lamontagne:** Je vais laisser la parole au docteur Garon.

**M. Garon:** Vous comprenez, Docteur Morin, l'esprit de cela, c'est d'encourager des comportements sains, des comportements qui visent l'efficacité et l'efficience, et de décourager les autres, autant du côté du consommateur, l'utilisateur des soins, que du producteur. Il nous apparaît qu'il n'est pas souhaitable que des malades, par exemple, aillent voir directement des médecins spécialistes sans passer par le médecin de famille auprès duquel ils sont inscrits. À ce moment-là, il faut certainement trouver une mesure pour décourager ce genre de comportement qui ne nous apparaît pas souhaitable.

Au niveau de l'assurance médicaments, on a à ce moment-ci au Québec un co-paiement qui permet, par voie électronique, de savoir ce que chacun doit défrayer de sa poche et ce que le gouvernement va assumer. Il y a très peu de bureaucratie donc



system involves very little bureaucracy. The system is computerized and works electronically. And an individual purchasing medications immediately knows what his or her share is. There is always a ceiling. The payment can never be excessive.

By using this kind of co-payment system, we would be fostering good behaviour on the part of the prescriber as well. For example, good old penicillin could be 100 per cent insured, but Cipro might only be 25 per cent insured.

**Senator Morin:** I do not know why you chose the example of Cipro.

**Mr. Lamontagne:** I am sure you will have noticed that I skipped that paragraph in the text.

**Mr. Garon:** All of this to say that modulation must be something each province can do. In Quebec, in the 1990s, preventive dental care for children up to the age of 12 was not insured. We went from 100 per cent to 0 per cent. We aren't always smart about the way we do things. When we took that action, we lost all information on consumption of such services. We could have maintained a formula whereby 25 per cent or 50 per cent would be paid by the government for such care. The other costs would then have been borne by the family. But no. We went right from 100 per cent to 0 per cent.

In Canada, our basket of health care services is not all that wide. But it is certainly deep. It is 100 per cent. In European countries, however, it is wide. It includes much more than medical services — things like optometric services, drugs, or physiology. It is much broader, but it isn't based on a 100 per cent formula. We do not need to have a fixed standard of either 25 per cent or 50 per cent. It can vary depending on efficiency.

Senator Morin, I think you know what I mean. Medicine is not always practiced on the basis of meaningful information. And consumers do not always make their choices based on what is most desirable.

**Senator Morin:** Thank you very much.

**Mr. Lamontagne:** Dr. Garon's example of dental care is an excellent one. As you can see, we could have gone half and half. At that point, people with average incomes could have continued to benefit from some assistance, in order to access this care, whereas average families that can no longer afford to pay for it have completely written it off. And ten years from now, we will be dealing with major dental problems in these children whom we completely ignored, because it had to be 100 per cent or 0 per cent.

The other point Dr. Garon made earlier relates to the need to encourage positive behaviours and discourage negative behaviours. I know something about this because my training is in behavioural science. All health systems discourage negative behaviours, but positive behaviours are never encouraged.

dans la gestion de ce co-paiement. Il se fait par voie électronique. C'est informatisé. Et la personne qui va acheter ses médicaments, c'est sur le champ qu'elle va savoir quelle est la contribution. Il y a toujours un plafond. Alors, cela ne peut jamais prendre de grandes proportions.

On pourrait, en utilisant ces systèmes de co-paiement, favoriser le bon comportement du prescripteur aussi. La bonne vieille pénicilline pourrait être assurée à 100 p. 100, et puis le Cipro pourrait être assuré, je ne sais pas, à 25 p. 100.

**Le sénateur Morin:** Je ne sais pas pourquoi vous avez pris l'exemple du Cipro.

**M. Lamontagne:** Vous aurez remarqué que dans le texte, j'avais sauté ce paragraphe.

**M. Garon:** Tout ça pour vous dire qu'il faudrait que la modulation soit possible, que chaque province ait la possibilité de moduler. Au Québec, autour des années 1990, il y a eu une non-assurance de soins dentaires préventifs pour les enfants jusqu'à l'âge de douze ans. On est passé de 100 p. 100 à 0 p. 100. Nos affaires ne sont pas toujours brillantes. Quand on a fait cela, on a perdu toute l'information sur la consommation des services. On aurait pu conserver un paiement de 25 p. 100, de 50 p. 100 par l'État pour de tels soins. Les autres coûts auraient été assumés par la famille. Non. On est passé de 100 p. 100 à 0 p. 100.

Au Canada, en matière de santé, notre panier de services n'est jamais bien large. Il est profond. C'est 100 p. 100. Dans les pays européens, c'est large. On va chercher beaucoup plus que les services médicaux. On va chercher des soins d'optométrie, des médicaments, des soins de physiologie. C'est beaucoup plus large mais ce n'est pas à 100 p. 100. Il n'est pas nécessaire que ce soit une norme fixe, bête et méchante, de 25 p. 100 ou 50 p. 100. Cela peut être modulé en fonction de l'efficacité.

Je pense, sénateur Morin, que vous savez ce que je veux dire. L'exercice de la médecine ne se fait pas toujours selon les données probantes. Puis le choix des consommateurs ne se fait pas toujours en fonction de ce qui est le plus souhaitable.

**Le sénateur Morin:** Merci beaucoup.

**M. Lamontagne:** Je pense que l'exemple des soins dentaires du docteur Garon est un bon exemple. Vous voyez, on aurait pu faire moitié-moitié, par exemple. Et à ce moment-là, les gens de revenus moyens auraient continué d'avoir un renforteur pour le faire, alors que la famille moyenne qui n'a maintenant plus les moyens de le faire, a débarqué. Puis dans dix ans, on va retrouver un tas de problèmes dentaires chez ces enfants qu'on a complètement ignorés, parce que c'est 100 p. 100 ou 0 p. 100.

L'autre point que le docteur Garon a abordé tantôt est d'encourager le comportement positif puis de décourager le comportement négatif. Je peux vous en parler car je suis behavioriste de formation. Dans tous les systèmes de santé, on décourage les comportements négatifs, mais on n'encourage jamais les comportements positifs.

And yet we know that in behavioural therapy, positive reinforcement is much more effective than negative reinforcement. So, we have to steer the train back onto the right track, whether we are talking about physicians' compensation or the contribution we are asking people to make, either financially or in terms of system organization. But there has to be positive reinforcement somewhere. I believe we have to re-think our whole approach and focus more on positive reinforcement, rather than always providing negative reinforcement.

[English]

**Senator Keon:** I think I have taken too much of Dr. Lamontagne's and Garon's time. I will give the floor to somebody else for a while.

[Translation]

**Senator Pépin:** Dr. Lamontagne, I really appreciated your article.

**Mr. Lamontagne:** I must admit there are some in Quebec who appreciated it a lot less.

**Senator Pépin:** I want you to know that if you were Minister of Health, I might consider running again.

**Mr. Lamontagne:** I do not want to be.

**Senator Morin:** I just realized that we did not receive that article.

**Senator Pépin:** Well, I cut it out of the magazine. It was published in *L'Actualité*, and it is an excellent article. It says that we need a health care system that operates like Hydro-Québec.

**Senator Morin:** We should have it photocopied.

**Senator Pépin:** Yes, I will provide it to you so that you can distribute it to all the members.

I agree with what you said in your presentation about focusing on treatment and not just on prevention. You said that there have been no studies of aging. We do not know what the impact of it is or all the needs associated with it. That is something we may want to do in the near future.

You also talked about the importance of having a team in place to manage both revenues and expenses, instead of just expense managers. I agree with you on that.

I also agree with your views with respect to local, regional and university hospitals.

To make our hospitals and health care facilities more efficient, we could have them operate seven days a week. If we combined public and private services, that would put money into the system and probably make it a lot more efficient.

You talk about work being performed in teams. I would like you to tell us how you see that working, because we are talking about physicians. I find that pretty serious that a doctor would only be seen patients eight hours a week. But if there were teams made up of doctors, nurses, lab technicians, social workers and ophthalmologists, how would you actually design that team to ensure it would be functional and worked to the advantage of each team member, according to his or her particular discipline?

Or, on sait très bien qu'en thérapie du comportement, le renforçateur positif est beaucoup plus fort que le renforçateur négatif. Donc, il faudrait rediriger le bateau, que ce soit dans le domaine du paiement des médecins, dans l'aide qu'on demande aux gens de nous donner, que ce soit dans le domaine financier ou dans l'organisation. Mais il faut qu'il y ait un renforçateur positif en quelque part. Je pense qu'on doit rediriger le bateau, et penser davantage à un renforçateur positif au lieu de toujours renforcer négativement.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Je pense que j'ai déjà un peu trop abusé du temps du Dr Lamontagne et du Dr Garon. Je vais donc permettre à d'autres sénateurs de poser leurs questions.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Docteur Lamontagne, j'ai bien apprécié votre article.

**M. Lamontagne:** Il y a des gens à Québec qui l'ont moins apprécié, je dois avouer.

**Le sénateur Pépin:** Je dois dire que si vous étiez ministre de la Santé, je pense que je me représenterais.

**M. Lamontagne:** Je n'en veux pas.

**Le sénateur Morin:** Je m'aperçois qu'on n'a pas reçu cet article-là.

**Le sénateur Pépin:** Moi, je l'ai découpé, voyons! Cela a paru dans *L'Actualité* et c'est excellent. On dit qu'il faudrait qu'on ait un système de santé comme Hydro-Québec.

**Le sénateur Morin:** Il faudrait faire photocopier ça.

**Le sénateur Pépin:** Oui. Je vais vous le donner, on peut le faire distribuer à tout le monde.

Quand, dans votre présentation, vous avez dit qu'il faut faire des traitements et pas simplement la prévention, je suis d'accord. Vous avez dit qu'on n'a pas fait d'études sur le vieillissement. On ne connaît pas l'impact et tous les besoins. C'est donc une chose qu'on pourrait peut-être faire dans un avenir rapproché.

Vous parlez aussi de l'importance d'avoir une équipe de gestion de revenus et de dépenses, et non simplement des gestionnaires de dépenses. Et je suis d'accord là-dessus.

Je suis aussi d'accord avec vos vues concernant les hôpitaux locaux, régionaux et universitaires.

Pour ajouter à l'efficacité de nos hôpitaux ou de nos services de santé, ils pourraient fonctionner sept jours semaine. Si on mettait le service public avec le service privé, cela nous rapporterait de l'argent puis cela pourrait même être beaucoup plus efficace.

Vous parlez de travailler en équipe. Je voudrais que vous nous disiez comment vous voyez cela, parce qu'on parle des médecins. Un médecin qui ne voit pas de malades plus de huit heures par semaine, je trouve cela assez grave. Mais s'il y avait une équipe formée de médecins, d'infirmières, de techniciens en laboratoire, de travailleurs sociaux et d'ophtalmologistes, comment concevoir une équipe qui serait fonctionnelle et qui fonctionnerait pour que chacun travaille selon sa discipline?



You referred as well to computerized medical records. In that regard, there is one thing that concerns me, and that is confidentiality. Thus far, no one has been able to reassure us with respect to confidentiality. There are a couple of issues we really have to look at.

**Mr. Lamontagne:** Senator Pépin, your first question had to do with team work, did it not?

**Senator Pépin:** Yes. Hours of work.

**Mr. Lamontagne:** Well, because there are a lot of us, we have to work together using an interdisciplinary approach. The number of disciplines has increased. In the 1950s, the approach was based on the physician-nurse-patient triad, where all three worked hand in hand. Obviously the team has expanded. Now we have all kinds of technologists. From a human standpoint, the issue is that everyone has started to "peck" at patients — taking pieces of skin, blood, urine, et cetera. And the patient feels as though he is kind of lost in a jungle where everyone is jumping all over him but he has no idea who is really looking after him. I think that sort of describes the current situation.

**Senator Pépin:** You get the feeling that the patient is at the bottom.

**Mr. Lamontagne:** Yes. So I think we have to reinstate concepts such as team spirit and strengthen the linkages between different health care professionals. Now that I am no longer president of a union association, I can talk about money. I think that way of doing things would be helpful and have the effect of improving relations with other health care professionals. It is an interesting idea from the standpoint of the way in which society has evolved.

In the 1950s and 1960s, when there were still enough physicians, there was no question of relinquishing certain duties to nurses or anyone else. But now we are facing a shortage, and all of a sudden, I see young doctors who are ready to hand over all sorts of responsibilities to others.

**Senator Pépin:** But they would have to increase nurses' salaries in that case.

**Mr. Lamontagne:** Oh! I do not want to get into that. As I say, now I am a professor. But I do think that something can be done. In that sense, I would say we are well on the way, and we will be meeting with the ministry again to talk about what we referred to as "shareable activities."

**Senator Pépin:** Yes.

**Mr. Lamontagne:** So, we are fully aware of the fact and support the idea that as physicians, we need to have highly specialized nursing personnel. In terms of hemodialysis, intensive care, and neonatology, for example, we have described all of these tasks and are prepared to let nurses provide such care based on a medical protocol, insofar as they have adequate training, which means more than Cegep level.

**Senator Pépin:** I agree.

**Mr. Lamontagne:** Secondly — and this does not concerns me — they need to be paid for the work they do, and relieve

Vous avez aussi parlé du dossier informatisé. Ici, il y a une chose qui m'inquiète. C'est la confidentialité. Il n'y a encore personne qui a été capable de nous rassurer au niveau de la confidentialité. Il y a des points qu'il faudrait absolument examiner.

**M. Lamontagne:** Votre première question, sénateur Pépin, c'était en rapport avec le travail d'équipe?

**Le sénateur Pépin:** Oui. Et les heures de travail.

**M. Lamontagne:** En effet, puisqu'on est nombreux, il faut travailler en milieu interdisciplinaire. Le nombre de disciplines a augmenté. Dans les années 1950, on avait le trio médecin-infirmière-patient, qui travaillait main dans la main. Évidemment, l'équipe a grossi. On a maintenant des technologistes de toutes sortes. Et l'enjeu, au point de vue humain, c'est que tout le monde s'est mis à «picocher» le malade, à lui prendre des morceaux de peau, du sang, de l'urine, et cetera. Puis le malade, lui, s'est retrouvé un peu comme perdu dans cette jungle où tout le monde saute dessus, mais il ne sait qui s'occupe vraiment de lui. C'est un peu ça la situation actuelle.

**Le sénateur Pépin:** On a l'impression que c'est le patient qui est en dessous.

**M. Lamontagne:** C'est cela. Alors, je pense qu'il faut revenir à des notions d'esprit d'équipe et resserrer les liens entre les différents professionnels de la santé. Maintenant que je ne suis plus président d'une association syndicale, je peux plus facilement parler de la question d'argent. Avec cette façon de faire, je pense qu'on peut aider les choses et les liens avec les autres professionnels de la santé s'améliorent de beaucoup. C'est intéressant au point de vue de l'évolution de la société.

Dans les années 1950 et 1960, quand il y avait assez de médecins, il n'était pas question de donner quelque chose aux infirmières ou aux autres. Le marché. Mais là, on est en situation de pénurie puis tout d'un coup, je vois de jeunes médecins qui seraient prêts à tout donner aux autres.

**Le sénateur Pépin:** Mais il faudrait qu'ils augmentent le salaire des infirmières, par exemple.

**M. Lamontagne:** Ah! Je ne veux pas parler de cela. Comme je vous dis, moi, je suis professeur maintenant. Mais je pense qu'il y a des choses à faire. En ce sens, je vous dirais qu'on est passablement en avance, et on va rencontrer le ministère encore pour discuter de ce qu'on appelle les «activités partageables».

**Le sénateur Pépin:** Oui.

**M. Lamontagne:** Bon. On le sait très bien maintenant et on est d'accord, en tant que médecins, qu'il doit y avoir des infirmières hautement spécialisées. Hémodialyse, soins intensifs, néonatalogie, on a décrit toutes ces tâches et on est prêt à confier aux infirmières des soins comme ceux-là, sous protocole médical et en autant qu'elles ont la formation adéquate au-delà du cégep.

**Le sénateur Pépin:** Je suis d'accord.

**M. Lamontagne:** Deuxièmement, et cela ne me regarde pas, mais qu'on les paie comme il le faut pour le travail qu'elles font:

physicians as much as possible of those tasks that other health professionals are able to perform.

For example, why does a doctor have to administer vaccines, when a nurse is perfectly capable of doing so? Every year, as soon as a new vaccine becomes available, we have to revisit this issue and delegate the task to nurses once again. And I must admit the delegation process takes so much time that sometimes the vaccination date is past before we are actually able to delegate that task.

We are talking about specific duties here. We have looked at the various professionals. We are in the process of reaching an agreement with associations of specialized physicians to determine to what extent they can delegate certain tasks to an inhalation therapist or physiotherapist — not just a nurse.

We have to do that, first of all, in order to improve our cost-benefit ratio and, secondly, to release the physician from certain duties. Some people with better training are now able to do things that doctors had to do previously. So, let's let them. That was my comment in answer to your first question.

Now let's talk about computerized medical records and confidentiality. Last week, I gave a lecture before the Quebec Hospital Association as well as one at a symposium organized by the Access to Information Board. At one point, we brought an ethics advisor into the College to discuss the issue of computerized medical records. He had some wonderful slides to show us on his computer. I said to him: "Mr. Péladeau, if we take your advice, by the year 3000, we still will not have computer-based diagnostics."

I realize there are certain concerns with respect to confidentiality. Protection of computer systems is not adequate. As for paper records in hospital — and this is my argument — the housekeeping staff have access to them. When a nurse is not at her station, any visitor can go behind the desk, access the files and take whatever he wants.

**Senator Pélipin:** Yes, but there is less likelihood that people will see this information on a screen.

**Mr. Lamontagne:** Yes. But, as I say, computer systems are sophisticated enough now that there are ways of blocking access. And with smart cards, two cards are needed. If you do not give me your card, I cannot access your records. When you come to my office for a consultation, you insert your card; then, to let the system know that you can get in, I insert my card and access your records. It works very much like a credit card. If you do not give me the card, the payment cannot go through.

And in cases where records are shared among several professionals, I am told that as far as the computer system is concerned, I could decide that only the physician, nurse and psychologist would have access. I may not want the social worker or pharmacist to see that information. So, it is possible to configure the system so that only certain people have access to the records, but not others. The technology does allow that to happen.

**Senator Pélipin:** I see.

soulager le plus possible les médecins des tâches que d'autres professionnels de la santé sont habilités à faire.

Par exemple, pourquoi faut-il qu'un médecin administre des vaccins quand une infirmière peut très bien le faire? À chaque année, aussitôt qu'un nouveau vaccin est disponible, on est obligé de regarder la question et puis de la déléguer encore aux infirmières. Et je dois vous avouer que déléguer prend tellement de temps que la période de vaccination est parfois terminée avant qu'on ait réussi à déléguer ces soins.

On parle de fonctions. On a regardé les différents professionnels. On est en train de s'entendre avec des associations de médecins spécialistes pour savoir jusqu'où ils peuvent déléguer à l'inhalothérapeute ou au physiothérapeute, pas seulement à l'infirmière.

Il faut venir à cela pour arriver, premièrement, à un coût/bénéfices beaucoup meilleur et, deuxièmement, dégager le médecin de certaines fonctions. Les gens qui sont maintenant mieux formés sont capables de faire des choses que le médecin faisait auparavant. Qu'on leur permette de les faire. Ceci concerne votre première question.

Passons à la question du dossier informatique, de la confidentialité. La semaine passée, j'ai donné une conférence à l'AHQ et j'ai aussi donné une conférence à un colloque à la Commission de l'accès à l'information. Une fois, au Collège, on avait fait venir un spécialiste en éthique à propos du dossier informatisé. Il nous a montré plusieurs belles diapositives à l'ordinateur. Je lui ai dit: «Monsieur Péladeau, si on vous écoute, on va être à l'an 3000 puis on n'aura pas encore de diagnostics à l'ordinateur.»

Je trouve qu'on a certaines craintes face à la confidentialité. On ne protège pas assez les systèmes informatiques. Et le dossier papier à l'hôpital, et il est là mon argument, le gars de l'entretien ménager y a accès. Quand l'infirmière n'est pas au poste, un visiteur peut passer derrière le bureau et le prendre, ainsi que tout ce qu'il veut dedans.

**Le sénateur Pélipin:** Oui, mais il y a moins de chances que les gens le voient sur l'écran.

**M. Lamontagne:** Oui. Mais, comme je vous dis, les systèmes informatiques sont assez bien faits maintenant qu'il y a des façons de bloquer l'accès. Quant aux cartes à puce, il s'agit de deux cartes. Si vous ne me donnez pas votre carte, je ne peux pas rentrer. Quand vous arrivez pour me consulter, vous insérez votre carte; pour indiquer que vous pouvez entrer, j'insère ma carte et j'ai accès à votre dossier. Donc, c'est un peu comme votre carte de crédit. Si vous ne me la donnez pas, il n'y a pas de paiement qui se fait.

Et dans le cas d'un dossier qui est partagé parmi plusieurs professionnels, on m'a dit qu'au niveau informatique je pourrais décider que je veux que ce soient uniquement le médecin, l'infirmière et le psychologue qui le voient. Je ne veux pas que le travailleur social et le pharmacien le voient. Et on peut faire en sorte que certaines personnes aient accès au dossier, et d'autres non. Au niveau informatique, cela se fait.

**Le sénateur Pélipin:** D'accord.



**Mr. Lamontagne:** There will be pilot projects in this area. IBM has started to develop shared files. Other companies are also getting on board, because there is a market for this, isn't there?

They give you the equipment, because there are some very, very attractive potential clients out there. It starts up in one place and moves to another. At some point, we will want to be able to talk to each other across the province. If my computerized records are in Montreal and I fall into a coma in Chicoutimi, how are we going to set up the system in Montreal, which is a pilot study, with the one in Chicoutimi, which is also a pilot study? How are we going to make all this work?

I must admit I would be very pleased, if I'd been involved in a serious traffic accident in Chicoutimi, to know that the physician in Chicoutimi could simply take the card out of my pocket and use it to find out what drugs I am taking, and so on. So, the day is coming when that will be a reality. I think it will allow us to save lives.

**Senator Pépin:** The other thing you talked about is tele-health.

**Mr. Lamontagne:** Yes.

**Senator Pépin:** We know that there are significant problems in remote areas. If we could work out an appropriate system of payment for Aboriginal communities, tele-health would be a really attractive solution to some of their problems.

**Mr. Lamontagne:** You are absolutely right. I am not as familiar with Aboriginal communities, but remote regions can just as easily be Chibougamau as elsewhere. These people are paying taxes like everybody else and they are entitled to medical services. At the same time, we have to be realistic. We cannot implement this kind of system everywhere, as I said earlier. The best examples are the famous scanners. Everybody wants a scanner. But four years later, it is already obsolete. It seems to me that only the hospitals that really need one should have a scanner.

Let me give you another political example. In one region of Quebec, we have a traumatology unit in one riding, and a scanner, in the neighbouring riding. Politically, that works really well. The patient arrives at the hospital in a thousand pieces, but we practically have to put him on a dolly to give him a CAT scan 60 miles away. That is not medicine. That is just plain ridiculous!

Those are the kinds of things that simply make no sense, from a clinical standpoint. Why? Because they never asked a physician whether it was important to have a scanner at the traumatology unit.

With tele-health, it is the same thing. I was telling you earlier about my daughter's experience in a small hospital in New Hampshire, in the middle of nowhere. There was no need then to pay for a radiologist, was there? Thirty minutes later, the results were there. But do not worry: the radiologist who looked at the pictures was well paid. He got most of the \$835 or \$935 I paid. It is a good thing I had insurance!

In Quebec, we have started a project in pediatric cardiology. There are now seven centers that are linked by cable, and it is working very well. We want to develop more such systems.

**M. Lamontagne:** Il y aura des expériences pilotes. IBM a commencé à mettre sur pied le dossier partagé. D'autres compagnies le font aussi parce qu'il y a un marché, n'est-ce pas?

Ils vous donnent l'appareillage parce qu'il y a des clients éventuels qui sont très, très intéressants. On part une d'affaire ici, d'une autre là. À un moment donné, on va vouloir se parler à travers la province. Si mon dossier informatique est à Montréal et que je tombe malade dans un coma à Chicoutimi, comment va-t-on agencer le système de Montréal qui est une étude pilote avec le système de Chicoutimi qui est une autre étude pilote? Comment est-ce qu'on va arranger cela?

Je vous avoue que je serais très content, si j'avais un gros accident de voiture à Chicoutimi, que le médecin de Chicoutimi puisse retirer la carte de ma poche et qu'il s'en serve pour savoir quels médicaments je prends, et cetera. Alors, cela viendra. Je pense que de cette manière on peut sauver des vies.

**Le sénateur Pépin:** Une autre chose dont on a parlé c'est la télé-médecine.

**M. Lamontagne:** Oui.

**Le sénateur Pépin:** Dans les régions éloignées, on sait qu'il y a un problème important. Si on pouvait trouver une formule de paiement pour les collectivités autochtones, la télé-médecine serait alors une bonne solution.

**M. Lamontagne:** Vous avez tout à fait raison. Je connais moins les Autochtones, mais quand on parle de régions éloignées, cela peut être autant à Chibougamau qu'ailleurs. Ces gens paient des impôts comme tout le monde et ont droit à des services médicaux. Mais il faut aussi être réaliste. On ne peut pas implanter cela partout, comme je vous disais tantôt. Le meilleur exemple, c'est les fameux scanners. Tout le monde veut avoir un scanner. Puis au bout de quatre ans, c'est désuet. Il me semble que seulement les hôpitaux qui en ont vraiment besoin devraient avoir un scanner.

Je vous donne un autre exemple politique. Dans une des régions du Québec, on a une unité de traumatologie dans un comté, et on a le scanner dans le comté voisin. Politiquement, c'est parfait. Le malade arrive, il est en mille miettes, on est quasiment obligé de le mettre sur un fardier pour aller lui faire une scanographie à soixante milles plus loin. Ce n'est pas de la médecine. Cela n'a pas de bon sens!

Ce sont des choses qui sont complètement hors du gros bon sens clinique. Parce qu'ils n'ont jamais demandé à un médecin si c'était important d'avoir un scanner là où il y a une unité de traumatologie.

Quant à la télé-médecine, c'est la même chose. Je vous ai raconté tantôt ce que ma fille a vécu dans un petit hôpital dans le New Hampshire, éloigné de tout. Pas besoin de payer de radiologiste, n'est-ce pas? Trente minutes et les résultats étaient là. Mais le radiologiste qui a dû regarder les images, ne vous inquiétez pas, il a été bien payé. Il a touché une grosse part de mon 835.00 \$ ou 935.00 \$. Une chance que j'avais une assurance!

On a commencé au Québec un projet en cardiologie infantile. Il y a sept centres qui sont reliés par câble, et cela fonctionne très bien. On veut développer des choses comme ça.

At the same time, there is a management problem. There are seven centers linked by cable for pediatric cardiology, with wonderful rooms, equipment and so on. I would be willing to bet that it operates from 9 to 11 in the morning, and then the key is in the door. In the afternoon, there are psychiatric consultations with other professionals until 3 p.m. Then from 3 to 5 p.m., there are endocrinology, internal medicine or other consultations. Then at 8 o'clock at night, it is something else — just to keep the machine running.

I lost a good friend who used to live across from me — a surgeon who went to practice in New York. He worked very little. One day a week at Hôtel-Dieu, one day a week at Victoria, and the three other days, he would schedule his patient visits; that was it.

We have patients who have to wait a year for surgery. Our system so exasperated him that we ended up losing him. It was not a question of money. He used to say that the reason he had trained to be a doctor and surgeon was to be able to perform surgeries.

We communicate by e-mail. Once he said to me: "Here, I could operate 24 hours a day, seven days a week, if I wanted to, ask for any kind of instruments, and it wouldn't be a problem." But he also told me: "I miss Quebec." If only we had that here.

**Senator Pépin:** I would like to address a more touchy subject: women physicians. We read that the President of the Quebec Federation of General Practitioners declared, following a poll, that women physicians worked fewer hours than their colleagues because they have children and have to look after them. And I recently read another article to the effect that in gynecology and obstetrics, 38 per cent of those admitted are women, and that their number is increasing.

Do you think that this trend will have consequences? And what would the impact be on the overall availability of services?

**Mr. Lamontagne:** You are leading me onto a very slippery slope, Senator.

**Senator Pépin:** That is why I said it was a touchy subject.

**Mr. Lamontagne:** There is no doubt that women physicians work fewer hours than men, for obvious reasons that I understand, and it clearly is a good thing that they look after their children. But the end result is that they work fewer hours. Also, they see fewer patients than male physicians. That is a good thing. They are more human, have a closer relationship with their patients and feel more empathy. That is a good thing.

From an economic standpoint, women physicians also earn less money than male physicians. At the beginning of their career, they work less than men. But when they reach their 50s, because they have already raised their family, they increase their work hours. It is men who begin to work fewer hours then. So, over time, things balance out.

Il y a cependant un problème de gestion. Sept centres sont reliés par câble pour la cardiologie infantile, avec de belles salles, l'appareillage et tout cela. Je mettrais ma main dans le feu que cela fonctionne de 9 h 00 à 11 h 00 le matin, et ensuite la clé est dans la porte. L'après-midi, c'est la consultation en psychiatrie avec je mne sais pas qui jusqu'à 3 h 00. Puis de 3 h 00 à 5 h 00, ce sont les consultations en endocrinologie, en médecine interne ou autre. Puis qu'à 8 h 00 le soir, c'est une autre affaire, pour au moins faire rouler la machinerie.

J'ai perdu un bon ami qui vivait en face de chez moi, un chirurgien qui est allé pratiquer à New York. Il travaillait très peu. Une journée par semaine à l'Hôtel-Dieu, une journée par semaine au Victoria, et les trois autres jours, il faisait ses visites et c'était tout.

On a des patients qui doivent attendre un an pour avoir leur chirurgie. Le système l'a tellement exaspéré qu'on l'a perdu. Ce n'était pas une question d'argent. Il disait qu'il avait fait un cours de médecine et de chirurgien pour faire de la chirurgie.

Nous communiquons par courrier électronique. Il m'a dit: «Ici, je pourrais opérer vingt-quatre heures par jours, sept jours par semaine, je pourrais demander n'importe quelle instrumentation, je n'aurais pas de problème.» Mais il m'a aussi dit: «Je m'ennuie du Québec.» Si seulement on avait cela ici.

**Le sénateur Pépin:** Je voudrais aborder un sujet plus délicat: celui des femmes médecins. On a lu que le président de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec a dit, d'après un sondage, que les femmes médecins travaillent moins d'heures que leurs collègues parce qu'elles ont des enfants et qu'elles doivent s'en occuper. Et j'ai lu un autre article dernièrement à l'effet qu'en gynécologie obstétrique, il y a 38 p. 100 de femmes reçues actuellement et qu'il y en a de plus en plus.

Pensez-vous que cette tendance aura des conséquences? Et quelle sera l'incidence sur l'offre globale des services?

**M. Lamontagne:** Vous m'amenez sur une piste très glissante, sénateur.

**Le sénateur Pépin:** C'est pour ça que je vous ai dit que c'était délicat.

**M. Lamontagne:** Il est certain que les femmes médecins travaillent moins d'heures que les hommes, pour des raisons évidentes que je comprends, et c'est bien qu'elles s'occupent de leurs enfants. Mais au total, cela fait qu'elles travaillent moins d'heures. De plus, elles voient moins de patients qu'un homme médecin. C'est bien. Elles sont plus humaines, elles ont des rapports plus étroits avec les malades, plus d'empathie. C'est bien.

Sur le plan économique, les femmes médecins gagnent moins d'argent que les hommes médecins. En début de carrière, elles travaillent moins que les hommes. Quand les médecins atteignent la cinquantaine, comme elles ont élevé leur famille, elles augmentent le nombre d'heures au travail. Ce sont les hommes qui commencent à diminuer leurs heures. Avec le temps, il y a un équilibre qui se fait.



About 40 per cent of physicians in Quebec are women, compared to about 30 per cent in the other provinces. That is why when making comparisons between provinces, it is important to pay attention to the women physician ratio, and the number of hours worked, because of the number of female physicians.

Women physicians do not work less than men: they work just as much and often they work better. But if you look at the long term, they may well work fewer hours while they are raising their children, then work more hours when their children are grown up, whereas men tend to work fewer hours after the age of 50.

**Senator Pépin:** So, things do balance out.

**Senator Léger:** You talked about cultural differences between English-speaking and French-speaking Canada in the way health problems are resolved in Canada.

If I understood you correctly, English-speaking hospitals adopt a different solution to a given problem than French-speaking hospitals do. I am wondering how a culture can actually have its own approach to issues?

Is that the case all across Canada? Is there a difference in problem-solving because of cultural differences?

**Mr. Lamontagne:** It is a question of culture. We are not making this up. The Anglo-Saxon culture is a highly practical one; in our Latin culture, we are more emotional. That is just the way it is.

What can be done about this? Well, as I see it, Anglo-Saxons tend to manage their hospitals based on a much more business-like approach than is the case in French-speaking environments.

Second, they have more guts. They are not as afraid. Let me give you an example: The Director General of an English-speaking hospital got the hospital to pay his mortgage and make his car payments, and everything was fine and dandy. But a Francophone hospital fired some guy because the hospital had paid for four baseball tickets and the cost of cleaning three suits. So, somebody somewhere just does not get it.

We have to stop putting a collar on these people, and instead say to them: "We are paying you to administer, so administer as efficiently as you possibly can." We should stop splitting hairs.

[English]

**The Chairman:** I am sorry I missed your presentation. However, I did pick up on an answer you gave Senator Pépin. When Duncan Sinclair was conducting the study for the Government of Ontario, like the Clair commission in Quebec, by looking at a sample of billings to the government — and my numbers are approximate — he found that two thirds of the services billed for by general practitioners could have been provided by some other health professional, and roughly one third of the services provided by specialists could have been done by the family practitioner.

Le Québec compte environ 40 p. 100 de femmes médecins alors que dans les autres provinces, cela se situe à près 30 p. 100. C'est pour cela que quand on compare les provinces, il faut faire attention de tenir compte du ratio femmes médecins, du nombre d'heures travaillées, à cause des femmes médecins.

Les femmes médecins ne travaillent moins que les hommes: elles travaillent autant et souvent, elles travaillent mieux. Mais si on le regarde à long terme, et bien, elles travaillent peut-être moins d'heures quand elles élèvent leurs enfants et plus d'heures quand les enfants sont grands, et chez les hommes, après cinquante ans, le nombre d'heures diminue.

**Le sénateur Pépin:** Alors il y a un équilibre qui se fait.

**Le sénateur Léger:** Vous avez parlé de la différence culturelle anglaise et française dans la solution des problèmes de solution de santé au pays.

Si je comprends bien, les hôpitaux anglophones auraient une façon différente de solutionner le même problème que les hôpitaux francophones? Je me demande comment il se fait qu'une culture peut avoir une façon qui lui est propre?

Est-ce que cela se fait à travers tout le Canada? Y a-t-il une différence dans la solution à cause des différences culturelles?

**M. Lamontagne:** C'est une question de cultures. Ne nous mentons pas. La culture anglo-saxonne est une culture très pratique; et dans notre culture latine, nous sommes plus émotifs. C'est comme cela.

Que faut-il faire? À mon avis, au point de vue de la gestion d'hôpitaux, les anglo-saxons ont une gestion vraiment beaucoup plus «business» que dans le milieu francophone.

Deuxièmement, ils ont plus de cran que dans le milieu francophone. Ils ont beaucoup moins peur. Pour vous donner un exemple, dans un hôpital anglophone, le directeur général faisait payer son hypothèque par l'hôpital ainsi que ses paiements d'automobile, puis cela allait bien. Dans un hôpital francophone, un gars s'est fait prendre parce que l'hôpital lui avait payé quatre billets de baseball et le nettoyage de trois complets, puis il a été mis dehors. Il y a quelqu'un en quelque part qui n'a rien compris.

On devrait arrêter de mettre un collier sur ces gens-là et leur dire: «On vous paie pour administrer, administrez le mieux possible.» On devrait éviter de fendre les cheveux en quatre.

[Traduction]

**Le président:** Je suis désolé d'avoir manqué votre exposé. Mais j'ai bien entendu l'une des réponses que vous avez faites au sénateur Pépin. Lorsque Duncan Sinclair menait l'étude au nom du gouvernement de l'Ontario, un peu comme la Commission Clair au Québec, en examinant un échantillon des sommes facturées au gouvernement — et là mes chiffres sont approximatifs — il a constaté que les deux tiers des services facturés par les omnipraticiens auraient pu être fournis par un autre professionnel de la santé et qu'un tiers des services fournis par les spécialistes auraient pu être assurés par le médecin de famille.

Has a similar type of study been done in Quebec? In other words, are the Ontario numbers totally unique, or is it reasonable for us to assume that that is the state of affairs?

**Dr. Lamontagne:** I would say that, although Ontario is much richer than Quebec, yes, you have the same problem as we do here, and in that regard, there is no cultural difference. It is the same thing.

**The Chairman:** It is the same thing. Thank you.

[Translation]

**Senator Pépin:** Maybe the solution is to have women heads of department or deans.

**Senator Morin:** Senator Pépin always has to throw that in at the end of the discussion. Before we let you go, Dr. Lamontagne and Dr. Garon, there is one extremely important issue our Committee has not looked at: compensation for victims of medical mishaps or malpractice. That constitutes a significant part of our health costs. Has the College looked at that? Have you carried out a study of the issue? Are you aware of any study relating to that question?

**Mr. Lamontagne:** Dr. Morin, you raise a very important point. And I am going to ask Dr. Garon to answer that question, because he sat on the ministry committee looking at obvious medical mishaps.

**Mr. Garon:** Yes, a report was recently submitted to the Quebec Minister of Health regarding the prevention of medical mishaps in the clinical setting. I would invite you to read it.

As you know, under the current system of liability in delict or tort, in order for a victim to be entitled to compensation, there has to have been malpractice and harm caused, and you must be able to show a connection between the two. Obviously, for the person who feels he or she has suffered harm, this can be a difficult test to meet.

I believe both American and Australian studies show that only a tiny fraction of those who are victims of a medical mishap actually receive compensation in the final analysis. The question is: How do we measure the performance of a compensation scheme? Based on the fact that it isn't too expensive or on the fact that it does compensate the victims?

If we can measure that at some point, we will probably start questioning the limitations of the current medical mishaps compensation plan. And maybe we should be looking at alternatives.

**Senator Morin:** Perhaps my question was unclear. Has there been any assessment or evaluation of the costs?

**Mr. Garon:** No.

**Senator Morin:** Because they could be huge. Every time a patient suffers the side effects of a drug, he could present a claim.

Je voudrais donc savoir si l'on a mené une étude semblable au Québec? Autrement dit, les chiffres ontariens correspondent-ils à la réalité en Ontario seulement, ou peut-on supposer que c'est la même chose dans d'autres régions du pays?

**M. Lamontagne:** Je vous dirais que même si l'Ontario est plus riche que le Québec, vous connaissez les mêmes problèmes que nous, et donc dans ce sens-là, il n'y a pas de différence culturelle. C'est la même chose.

**Le président:** C'est la même chose. Merci.

[Français]

**Le sénateur Pépin:** Peut-être que la solution serait d'avoir des femmes comme chefs de département et comme doyennes.

**Le sénateur Morin:** Il faut toujours que le sénateur Pépin ajoute cela à la fin des discussions. Avant de vous libérer, docteur Lamontagne et docteur Garon, il y a un point extrêmement important sur lequel notre comité ne s'est pas penché: l'indemnisation des victimes des actes médicaux. Cela représente une part importante des coûts de santé. Le Collège s'est-il penché sur cette question? Avez-vous fait une étude particulière? Êtes-vous au courant d'une étude qui aurait été faite relativement à cela?

**M. Lamontagne:** Docteur Morin, vous soulevez un point très important, et je vais laisser le docteur Garon répondre à cette question parce qu'il a siégé au comité ministériel sur les accidents médicaux évidents.

**M. Garon:** En effet, il y a un rapport récent qui a été fait au Québec, remis au ministre de la Santé, sur la prévention des accidents de soins en milieu clinique. Je vous invite à en prendre connaissance.

Comme vous le savez, dans le régime actuel de responsabilité délictuelle, pour qu'une victime puisse être indemnisée, il faut qu'il y ait erreur fautive, il faut qu'il y ait préjudice, et il faut qu'on puisse démontrer qu'il y a un lien entre les deux. Évidemment, la personne qui estime avoir été lésée a parfois une côte à remonter.

Et je pense bien que les études américaines et australiennes démontrent que c'est une fraction d'une fraction des gens qui sont victimes d'un accident de soins, qui, au bout de la ligne, peuvent être indemnisés. La question, c'est: comment peut-on mesurer la performance d'un régime d'indemnisation? En se basant sur le fait qu'il ne coûte pas trop cher ou sur le fait qu'il indemnise les victimes?

Si on est capable de mesurer cela à un moment donné, on va probablement se questionner sur les limites du régime actuel d'indemnisation des accidents de soins. Et il faudrait peut-être regarder s'il y a d'autres alternatives.

**Le sénateur Morin:** Ma question était peut-être mal formulée. N'y a-t-il pas une étude de coûts, d'évaluation des coûts?

**M. Garon:** Non.

**Le sénateur Morin:** Parce que cela peut devenir énorme. Chaque fois qu'un malade a un effet secondaire à un médicament, il peut réclamer.



**Mr. Garon:** In other countries, studies have been done. Sweden has a no-fault system.

**Senator Morin:** Sweden?

**Mr. Garon:** Yes. Sweden has a no-fault system, and it is self-financing. Of course, I imagine that, as is the case for automobile insurance, the payment schedule must not be very generous.

**Senator Morin:** I see.

**Mr. Garon:** That said, the problem is that we lack information about medical mishaps. Thus it is difficult to assess the feasibility of a system other than the one we currently have.

**Senator Morin:** In closing, I would like to express my thanks to Dr. Lamontagne and Dr. Garon. I think you tested your patience by asking you so many questions. You have seen how much interest your comments and brief have generated. Thank you very much. It is possible we will ask you for additional information or clarification with respect to specific points. Again, thank you.

**Mr. Lamontagne:** Thank you very much.

**Senator Morin:** Senators, Dr. Battista was unable to attend at the last minute. I would therefore invite our next witness, Mr. Robert Dorion — a witness to whom I extended a personal invitation — to come forward. Mr. Dorion represents patients. We have heard from a lot of professionals and representatives of governments, hospital and regional administrations. Mr. Dorion represents the patients who receive care. He is appearing as an individual. I have asked him simply to tell us his story in his own words.

Mr. Dorion — and this has nothing to do with his testimony — is an engineer who resides in Quebec City. It is primarily as a patient that he is testifying this morning. I thought it was important for Committee members to hear his testimony.

Mr. Dorion, thank you so much for being with us. I know that you have travelled here from Quebec City to give your testimony. It isn't really that far, and you have come from one beautiful city to another.

**Mr. Robert Dorion:** Yes, exactly. And by chance, I travelled all across Canada last month on business. It was an opportunity for me to talk to fellow citizens in every region of the country. So I tried to prepare a short paper setting out some of my thoughts.

**Senator Morin:** Please proceed then, Mr. Dorion.

**Mr. Dorion:** I prepared a short text. Did you receive it?

**Senator Morin:** Yes. Perhaps you could summarize it for us. We will read it in full as a follow-up.

**Mr. Dorion:** Certainly. With going into detail, my brief first talks about my perception of the system, and the personal journey I have made, largely as a result of my father's death while he was still on a cardiac surgery waiting list. When he died, he was only a few days away from his surgery and had already had the surgery postponed three times, probably because of other emergencies.

**M. Garon:** Dans d'autres pays, ces études ont été faites. La Suède a un régime «no fault».

**Le sénateur Morin:** La Suède?

**M. Garon:** Oui. La Suède a un régime «no fault», et il s'autofinance. Évidemment, je ne doute pas que comme dans l'assurance-automobile, les barèmes ne doivent pas être élevés.

**Le sénateur Morin:** D'accord.

**M. Garon:** Cela dit, ici, la difficulté c'est qu'on manque d'information sur les accidents de soins. Donc, il est difficile d'évaluer la faisabilité d'un régime autre que celui qu'on a actuellement.

**Le sénateur Morin:** En terminant, il me reste à remercier le docteur Lamontagne et le docteur Garon. Nous avons abusé un peu de votre patience par le nombre de questions. Vous avez vu le grand intérêt suscité par vos remarques et par votre document. Nous vous remercions beaucoup. Il n'est pas impossible que nous vous revenions sur des questions précises. Encore une fois, merci.

**M. Lamontagne:** C'est moi qui vous remercie.

**Le sénateur Morin:** Sénateurs, le docteur Battista s'est désisté un peu à la dernière minute. J'invite donc notre dernier témoin, M. Robert Dorion, un témoin que j'ai personnellement invité. Il représente les patients. On a entendu beaucoup de professionnels, des représentants d'associations de professionnels, des représentants des administrations gouvernementales, hospitalières, régionales. M. Dorion représente les patients qui sont soignés. Il témoigne en tant qu'individu. Et je lui ai demandé, tout simplement, de nous raconter son expérience dans ses mots.

Monsieur Dorion — et ceci n'a rien à voir avec son témoignage — est ingénieur et il demeure à Québec. C'est surtout comme patient qu'il nous apporte son témoignage. Et j'ai pensé que c'était important que les membres du comité puissent l'entendre.

Monsieur Dorion, je vous remercie beaucoup d'être venu. Je sais que vous vous êtes déplacé de Québec. Ce n'est pas très loin. Et vous êtes passé d'une belle ville à l'autre.

**M. Robert Dorion:** C'est cela. Puis par le hasard des choses, dans le dernier mois, j'ai voyagé à travers le Canada par affaires. J'ai eu l'occasion de parler avec des compatriotes pratiquement d'un océan à l'autre. Donc, j'ai essayé de rassembler dans un petit document certaines réflexions.

**Le sénateur Morin:** Alors, on vous écoute, monsieur Dorion.

**M. Dorion:** J'ai préparé un petit document. Vous l'avez reçu?

**Le sénateur Morin:** Oui. Alors, vous pourriez peut-être nous en donner un résumé. On pourra le lire dans un deuxième temps.

**M. Dorion:** D'accord. Sans aller dans les détails, le document, en premier lieu, fait état d'une perception que je peux avoir du système, et un cheminement personnel qui résulte en bonne partie du décès de mon père alors qu'il était sur une liste d'attente en cardiologie. Il était à ce moment-là à quelques jours d'être opéré et il avait été retardé à trois reprises, probablement à cause d'autres urgences, et il est décédé.

Obviously, that is a terrible disappointment because when your father is ill, and you know his case is being managed by the system and that he is about to have surgery, you think to yourself: he'll be around for another twenty years. You are just so happy that his health problem has been identified and that the health care system is looking after him and he can get better — but then, you find yourself experiencing exactly the opposite feelings several days later.

My own experience got me thinking about a number of things. The first thing I asked myself was, why do we care so much about our health care system? Why do we spend so much time trying to define it? Last month, I was surprised to see that Canadians in a number of large cities — Toronto, Winnipeg, Ottawa — send their children to immersion programs or French schools. These are parents who didn't know a word of French but wanted their children to learn how to speak the language. And I thought to myself: I am really happy to see you making this effort.

Their response was: this is what allows us to be different. This is what allows us to distinguish ourselves from Americans. It is a type of knowledge that helps us to define our identity.

I think Canadians like their health care system because it is open, generous and is one of the things that defines us as a country. There are reasons for that, as I explained in my brief. And I think it is time we faced reality.

Based on my training and my experience as an economist involved in municipal affairs and realty, it is clear to me that as a result of the aging of our population, demand for health care among people aged 60 and over is going to double in the next twenty years. In the real estate sector, that is how you do your measurements. So, we will be facing a rapid increase in demand. It is time we face reality.

What will Canadians think if this institution, which is one of their primary concerns and part of their fundamental Canadian identity, becomes inefficient and unable to cope with demand? That may result in Canadians feeling less strongly about their country and its institutions. So, it is important to be proactive and show that our country is able to question and challenge, and take courageous and enlightened action.

Currently, if supply is inadequate to meet the demand and we cannot afford to increase it in future, we run the risk of facing a sequence of events of which we are already starting to see the signs. In 1993, when my father died, people were very careful not to talk openly about the funny business surrounding waiting lists. Yesterday, I happened to be with some friends, one of whom is a cardiologist at Laval Hospital and whose wife is an oncologist at Hôtel-Dieu, and I can tell you that now there is no doubt that this sort of thing is happening — indeed, nobody even tries to hide it anymore because unfortunately there simply is not enough room for anybody. And, as is often the case in life, it is the wheelers and dealers who end up in the front of the line.

Évidemment, c'est décevant parce que quand notre père est malade, qu'il est pris en charge par le système et qu'il est sur le point d'être opéré, on se dit: On l'a pour encore vingt ans. On est tellement heureux, dans le fond, qu'il soit décelé et qu'il puisse être pris en charge par le système et qu'il puisse être guéri, mais on a l'effet inverse quelques jours après.

Cela m'a amené à réfléchir sur plusieurs choses. Je me suis demandé: pourquoi est-on si attaché au système de santé? Puis pourquoi veut-on le définir autant? Dans le dernier mois, j'ai été surpris de voir comment les Canadiens dans plusieurs villes, Toronto, Winnipeg, Ottawa, envoyaient leurs enfants à l'école francophone, en immersion. Les parents ne savaient pas un mot de français mais ils tenaient à ce que leurs enfants parlent français. Je suis dit: je suis très heureux de voir que vous faites des efforts.

Mais ils m'ont dit: c'est parce que cela nous permet d'être différents. Cela nous permet d'être différents des Américains. C'est comme une connaissance qui nous permet de définir notre identité.

Je pense que le système de santé, les Canadiens l'aiment parce qu'il est ouvert, il est généreux, il fait partie des critères qui permettent de définir notre pays. Il y a des raisons pour cela, et je les explique dans le texte. Et je pense qu'il est temps de faire face à la réalité.

Si je me fie à ma formation et à mon expérience comme économiste dans le domaine municipal et immobilier, la demande résultant du vieillissement de la population va faire en sorte que les soins pour les gens âgés de soixante ans et plus vont doubler dans les vingt années. Il est clair qu'au niveau immobilier, c'est comme cela qu'on mesure. Alors, on aura à faire face à une augmentation rapide de la demande. Regardons la vérité en face.

Qu'est-ce que les Canadiens vont penser si cette institution, qui est au coeur de leurs préoccupations, de leur identité canadienne, devient non efficiente ou non performante et incapable de répondre à la demande? Cela risque de créer un amoindrissement de l'attachement qu'on a au pays et à ses institutions. Il est donc très important d'être actif, de montrer que notre pays est capable de se questionner, de se remettre en question et de poser des gestes qui sont courageux et lucides.

À l'heure actuelle, si on a une offre qui est insuffisante pour répondre à la demande et si on n'a pas les moyens de l'augmenter dans le futur, on risque de voir une séquence d'événements déjà perceptibles. Alors qu'en 1993, quand mon père est mort, les gens se gardaient bien de parler ouvertement des magouillages de listes d'attente. Hier, par hasard, j'étais avec des amis, dont un est cardiologue à l'Hôpital Laval et sa femme est oncologue à l'Hôtel-Dieu, puis cela ne semble plus faire de doute et ce n'est plus caché maintenant que ce sont des choses qui, malheureusement, existent parce qu'il n'y a pas assez de places pour tout le monde. Puis souvent, comme dans la vie, ce sont les plus débrouillards qui se faufilent à travers le système.



This is of great concern to me because as a Canadian, if I am in need of a bypass or other type of operation one day — well, I know a lot of people in Quebec City. It is a small town and people know each other. It would be easy enough for me to make a few phone calls. But now I am wondering: what am I going to do? Am I going to let someone else die instead of me by taking that kind of action? Maybe that's what happened to my father; I have no reason to believe it did, but it is certainly a possibility. If supply is not adequate to meet demand, and people behave in this fashion, then morally, we have a big problem. But some have no problem with it. Some are used to getting mileage out of the people they know and there is something very human about that, but the fact remains that is what we are heading towards.

It is this message and this sentiment that brings me here today. I suffered when I lost my father and if there is any way reflection can lead to change, then I will be very happy if that is the result.

In my view, if we do not restore some balance between supply and demand within the public system, simply because we cannot afford to, we will have to be innovative and find new solutions. We have to be prepared to challenge what we do now and thoroughly examine all the issues.

In the meantime, I have resolved the problem weighing heavily on my conscience, since I decided to take out insurance in the United States in the event I become seriously ill, get cancer, et cetera. I brought the insurance policy papers with me. Dr. Morin, I can provide them to you. If I get sick I automatically receive a certain amount, and the insurance company finds me the best available spot in the United States where the services of specialists can be accessed. With the money I receive, I can travel to wherever I am to be operated on and return home. This is a very individualistic approach that I do not like much.

However, the alternative of being caught in a system that I no longer trust, given the rules it operates by, led me to the conclusion that it was probably more humane to take this action, if I had the opportunity to do so, than to make use of my many friends and acquaintances, at the appropriate time, to avoid the fate that awaited my father.

**Senator Morin:** Thank you very much, Mr. Dorion, for your testimony. I would like to ask you a couple of questions. We do not know much about the insurance policy you have taken out. Is this American insurance?

**Mr. Dorion:** No, Canadian.

**Senator Morin:** Could you tell us — provided you have no objection to giving us this information — how much this insurance is costing you? As I understand it, your policy allows you to receive treatment in the United States immediately if you require a bypass, surgery or treatment for cancer or similar conditions. Could you elaborate a little more on the insurance you have taken out?

**Mr. Dorion:** Basically, this insurance policy automatically gives me access to an amount of money corresponding to the amount for which I am insured when a symptom appears. And the way it is presented and marketed, it is almost like salary insurance

Cela me préoccupe beaucoup parce que comme Canadien, si j'ai un jour besoin d'un pontage ou d'une opération, je connais beaucoup de gens à Québec. C'est une petite ville et on se connaît. C'est facile pour moi de faire quelques appels téléphoniques. Mais là, je me dis: qu'est-ce que je vais faire? Est-ce que je vais faire mourir quelqu'un d'autre à ma place en faisant cela? Peut-être que c'est arrivé à mon père, je n'ai pas de raison de le croire, mais c'est une possibilité. Si l'offre n'est pas suffisante pour la demande, si on pose des gestes comme cela, moralement, on vient d'avoir un problème. Il y en a qui n'en ont pas. Il y en a qui sont habitués avec des contacts et il y a une culture là-dessous qui est humaine, mais c'est vers cela qu'on s'en va.

Dans le fond, c'est ce message et cet esprit qui m'animent. J'ai souffert du départ de mon père et si cela peut être utile de penser que la réflexion peut amener du changement, j'en suis bien heureux.

Je crois que si on ne rétablit pas un équilibre entre la demande et l'offre à même le système public parce qu'on n'a pas les moyens de le faire, il faut alors innover et trouver de nouvelles solutions. Il faut se remettre en question. Il faut aller au fond des choses.

En attendant, j'ai réglé mon problème de conscience, j'ai décidé de prendre une assurance aux États-Unis au cas où je tomberais malade, au cas où j'aurais une maladie grave, un cancer, et cetera. J'ai amené ici les documents de la police. Docteur Morin, je pourrai vous les remettre. Si je tombe malade, et bien, je reçois automatiquement un montant d'argent, la compagnie d'assurance me trouve la meilleure place disponible aux États-Unis, où les spécialistes sont disponibles. Je peux, avec l'argent que je reçois, me déplacer, me rendre sur place pour me faire opérer et revenir ici. C'est un comportement individualiste qui ne me plaît pas beaucoup.

Par contre, l'alternative d'être pris dans un entonnoir auquel je ne fais plus confiance avec les règles qui le régit, m'a porté à croire que c'était probablement plus humain si j'avais les moyens d'agir de cette façon plutôt qu'en temps et lieu, par réflexe, d'utiliser mes nombreux amis et connaissances pour éviter le sort que mon père a subi.

**Le sénateur Morin:** Je vous remercie beaucoup, monsieur Dorion, de votre témoignage. J'aimerais vous poser quelques questions. On connaît peu l'assurance sous laquelle vous vous êtes inscrit. C'est une assurance américaine?

**M. Dorion:** Non, canadienne.

**Le sénateur Morin:** Pourriez-vous nous dire, si vous n'avez pas objection, bien entendu, combien cette assurance vous coûte? Si je comprends bien, c'est une assurance qui vous donne la possibilité d'avoir des traitements aux États-Unis sur le champ si vous avez besoin d'un pontage, d'une chirurgie, d'un traitement pour le cancer ou des choses semblables. Pourriez-vous élaborer un peu sur l'assurance que vous avez prise?

**M. Dorion:** Dans le fond, c'est une assurance qui, tout simplement, déclenche un montant d'argent qui correspond au montant qu'on est assuré, lorsqu'on a un symptôme. Et, de la façon que c'est présenté et que c'est vendu, cela pourrait être

— in other words, staying at home and receiving money because of illness. Or — and this is what I opted for — the company offers services which involve finding physicians in the United States.

**Senator Morin:** And how much is it costing you?

**Mr. Dorion:** At the time I signed the contract, I was smoking about four or five cigarettes a year so I did not want to take any chances: I got the "smoker's" policy. But it costs about \$100 a month for a non-smoker, which I will be when I renew it. My four cigarettes a year were expensive: it was costing \$150 a year. And that is for a face amount of \$100,000.

**Senator Morin:** Thank you very much.

**Mr. Dorion:** I would like to make a few other comments about the system.

**Senator Morin:** Yes, please do, Mr. Dorion. This is your opportunity to make your arguments.

**Mr. Dorion:** I do not want to abuse.

**Senator Morin:** Absolutely not: we are very interested in hearing what you have to say. You represent the average citizen.

**Mr. Dorion:** Yes. My expertise is in municipal services and utilities economics at the municipal level. I was listening to discussions about the information highway and confidentiality: those are services offered by my firm.

When I was reading the documentation, much to my surprise, I saw that there was quite a lot of overlap between what we are trying to do at the municipal level and concerns at the national level with respect to the health care system. Having said that, I certainly do not claim to be an expert.

**Senator Morin:** Well, please give us the benefit of your comments on the system.

**Mr. Dorion:** Well, we are in the midst of a veritable revolution. I could send you other papers I have written specifically about the computer revolution. The fact is that all services are gradually melting, sort of speak. It is helpful to see it as a candle. The base of the candle is the Web. Above that are the operating systems, data bases and applications. Then, above the applications are the services, that may be medical services articulated around a specific structure.

Gradually, the entire candle is starting to melt away because everything is moving down to the Web level.

That means greater centralization of information, but also the possibility of decentralizing information and providing it to every individual. That has a major impact on the way we will be providing services in future. There will always be a bit of a race between those who want to poke holes in confidentiality rules and the others. But that is not an issue. We are already very advanced in terms of security. The banks are very open. And this will have a major impact on the way we provide services.

comme une assurance-salaire: rester à la maison puis de recevoir de l'argent parce qu'on est malade. Ou encore — puis c'est comme ça que je l'ai pris — la compagnie offre les services de trouver des médecins aux États-Unis.

**Le sénateur Morin:** Ça vous coûte combien?

**M. Dorion:** À l'époque où j'ai signé le contrat, je fumais à peu près quatre, cinq cigarettes par année et je n'ai pas pris de chances, je l'ai prise «fumeur», mais c'est à peu près 100.00 \$ par mois pour un non-fumeur, ce que je vais être au renouvellement. Parce que mes quatre cigarettes par année me coûtaient trop cher, c'était 150.00 \$ par année. Et, c'est pour un capital assuré de 100 000.00 \$.

**Le sénateur Morin:** Je vous remercie beaucoup.

**M. Dorion:** J'aurais peut-être d'autres commentaires sur le système.

**Le sénateur Morin:** Oui, on vous écoute, monsieur Dorion. Donnez-nous l'essentiel de votre témoignage.

**M. Dorion:** Je ne veux pas trop insister.

**Le sénateur Morin:** Au contraire, nous sommes très intéressés à ce que vous dites. Vous représentez le citoyen ordinaire.

**M. Dorion:** Oui. Excusez ma naïveté. Je suis un expert dans le domaine des services municipaux et dans le domaine de l'économie des services publics au niveau municipal. J'entendais des conversations au sujet de l'infomoute et de la confidentialité, ce sont des services que ma firme offre.

En lisant le document, à ma grande surprise, j'ai vu beaucoup de recoupements entre ce qu'on essaie de faire au niveau municipal et les préoccupations qu'il y a au niveau national concernant le système de santé. Ceci étant dit, je ne prétends pas être un expert.

**Le sénateur Morin:** Enfin, donnez-nous vos commentaires sur le système.

**M. Dorion:** Dans le fond, ce qui se passe actuellement, c'est une véritable révolution. Je pourrais vous faire parvenir d'autres documents que j'avais écrits spécifiquement sur la révolution informatique. C'est que tous les services sont en train de fondre graduellement. On peut se le représenter comme une chandelle. La base de la chandelle, c'est le Web. Au-dessus, il y a les systèmes d'exploitation, les bases de données et les applications. Puis, au-dessus des applications, il y a les services, qui peuvent être des services médicaux qui reposent sur les structures.

Graduellement, toute la chandelle est en train de fondre puis elle est en train, graduellement, de tomber au niveau du Web.

Cela veut dire une grande centralisation des informations, mais également la possibilité de la décentraliser face à chaque individu. Cela a des impacts majeurs au niveau de la façon dont on va donner des services dans le futur. Il va toujours y avoir une course entre ceux qui vont vouloir percer la confidentialité et les autres. Mais ce n'est pas un enjeu. On est déjà très avancé au niveau de la sécurité. Les banques sont très ouvertes. Et cela va avoir un impact majeur sur la manière dont on pourra donner des services.



As a business manager, the day I was able to provide pharmacare, I said to the employees: if you want to continue to benefit from 100 per cent coverage, it will cost you so much per month, whereas for 75 per cent coverage, the amount drops. They all opted for 75 p. 100 coverage. And I noticed that there was a dramatic drop in the use of drugs among company employees.

But this sort of thing is well known. Installing water meters in homes resulted in a drop in consumption of about 20 per cent. And it is the same with highways. Nowadays, some highways are being funded through private sector participation.

With respect to the funding options that you laid out, mention was made of an annual statement that would be appended to the income tax return. I think that is absolutely essential. According to what I've been told, no other health care system is as open as ours is when it comes to refunding expenses. And we have no knowledge of those costs. We pay, but we do not know what we are paying.

I think we would appreciate those benefits more and strengthen Canadians' attachment to Canada if people were told what the country is doing for them, even though they cannot see it. We are receiving health care services, but we do not know how much they cost.

I think that is preferable to taxing people. The way the principle works, you levy taxes to make people think, and I believe Dr. Lamontagne explained this very clearly earlier. There is one possible tax option that was not addressed in your paper: estate tax.

When the health care system was put in place forty years ago, our society was not as rich as it is now and family wealth was certainly much less considerable. Wealth has been created in this society but is not being taxed. It will be passed on to future generations after our death. The following generation does not need it yet because it does not have it right now. But when the current generation dies, it will not need it either because these people will be dead.

I think there is an opportunity here, not to levy excessively high taxes but a reasonable amount, such as 5 per cent. That represents more than \$1 trillion. And on \$1 trillion, we are talking about \$50 billion; over twenty years, that's \$2.5 billion per year. That is pretty well the percentage of GDP, the 0.5 per cent we are lacking to properly fund health care.

So I do not think we should shy away from challenging our young people and showing them that they will have to be as hard working as their parents have been. And even if they receive less of an inheritance, I do not think that is a big problem.

**Senator Morin:** Perhaps we should leave it at that, Mr. Dorion. I am sure there will be questions about your testimony.

[English]

Comme gestionnaire d'entreprise, la journée que j'ai pu assurer les médicaments à 100 p. 100, j'ai dit aux employés: «Si vous voulez continuer à de l'assurance à 100 p. 100, cela va vous coûter tant par mois, et à 75 p. 100, le montant diminue. Ils ont tous pris l'assurance à 75 p. 100. Puis j'ai remarqué que cela a entraîné une réduction dramatique de la consommation de médicaments dans le bureau.

Mais ce sont des phénomènes qui sont bien connus. Les compteurs d'eau sur les maisons ont diminué la consommation de l'eau de près de 20 p. 100. C'est la même chose pour les autoroutes. Il y a des autoroutes, aujourd'hui, qui se financent avec une participation du privé.

Pour ce qui est des modes de financement que vous avez énoncés, vous avez parlé d'un relevé annuel annexé au rapport d'impôt. Moi, je trouve que c'est essentiel. Il n'y a pas de système, à ce qu'on me dit, qui est aussi ouvert que notre système de soins de santé pour rembourser les frais. Et on n'a aucune connaissance de ces coûts-là. On paie mais on ne les connaît pas.

On les apprécierait davantage et cela renforcerait même notre attachement au pays si on savait ce que le pays fait pour nous, mais on ne le voit pas. On reçoit les soins, on ne sait pas combien cela coûte.

J'aime mieux taxer. Le principe, c'est de taxer pour faire réfléchir les gens, et je crois que le Dr Lamontagne l'a très bien expliqué précédemment. Il y a une façon de taxer qui n'a pas été abordée dans le document: l'impôt sur les successions.

Quand le système de santé a été mis en place il y a quarante ans, la société était moins riche et le patrimoine familial était beaucoup plus léger qu'il ne l'est actuellement. Il s'est créé une richesse dans la société et elle n'est pas taxée. Elle va être transmises aux générations suivantes lors de nos décès. Donc, la génération suivante, pour le moment, elle n'en a pas besoin parce qu'elle ne l'a pas. Puis la génération actuelle, quand elle mourra, elle n'en aura pas besoin parce qu'elle sera morte.

Je me dis qu'il y a comme un transit, il y a une opportunité, non pas pour lever des impôts trop élevés mais pour aller chercher une ponction qui serait raisonnable, comme 5 p. 100. Il y a plus que 1 trilliard \$ qui est là. Alors, sur 1 trilliard \$, c'est 50 milliards \$; sur vingt ans, c'est 2.5 milliards \$ par année. Puis c'est à peu près le pourcentage du PIB, le .05 p. 100 qui nous manque pour financer les soins de santé.

Alors, je trouve qu'il ne faut pas se gêner de lancer le défi aux jeunes et montrer qu'ils vont pouvoir être aussi travaillants que leurs parents l'ont été. Et puis, même s'ils reçoivent un peu moins d'héritage, je pense que ce n'est pas dramatique.

**Le sénateur Morin:** On peut peut-être en rester là, monsieur Dorion. Il y aura sûrement des questions en rapport avec ce que vous nous avez déclaré.

[Traduction]

**The Chairman:** Thank you. I have two questions. One is, does an insurance policy in the United States cover everything, or does it only cover procedures for which there are major waiting lines such as heart and cancer surgery, and joint replacement?

**Mr. Dorion:** What attracted me to this policy, was that it was targeted to those kinds of diseases.

**The Chairman:** Let me just digress for a moment to say that I was very sorry to hear about your father.

**Mr. Dorion:** Thank you.

**The Chairman:** Let me go back to the issue. Essentially, what happened when governments cut back on health care budgets is that they basically rationed the supply of health care services.

**Mr. Dorion:** Yes, I explained that in my paper.

**The Chairman:** There are only two solutions to that problem, because the demand will stay the same.

**Mr. Dorion:** It will increase.

**The Chairman:** There are two solutions. First, you try to make the system more efficient so you can handle more people. However, at some point you will need more money. There are two ways to get that money. The government can raise taxes and put it into the health care system, or individuals can put money directly into the health care system by paying for services.

**Mr. Dorion:** Yes. That would be a major shift in our society.

**The Chairman:** Exactly. In your view, which of those alternatives is best?

**Mr. Dorion:** You have to work on several fronts. On one hand, you have to rationalize the demand at all levels of services. If I start charging \$40 for a consultation the demand would be cut back by 60 per cent. Because the service is free, people have no hesitation in going to the doctor's office. We have to discourage that. People have to think about it. When you put "tarification" on water, the water demand is cut by 20 per cent. We have to be available, but we have to work on that front.

I would suggest that inheritance tax would be justifiable if those monies are identified for health care and not put into a general account. Perhaps there could be an additional income tax. If you have insurance then perhaps the first \$500 or the first \$1,000 would be added to income. In that way, people who do not receive that revenue will not pay. I am sure I do not have to remind you that it is important to keep that in mind.

On the other hand, if somebody receives a health care bill, and he does not pay taxes, it could be used as a tool to find people

**Le président:** Merci. J'ai deux questions à poser. D'abord, est-ce qu'une police d'assurance aux États-Unis assure tout ou uniquement les actes médicaux pour lesquels il y a de longues listes d'attente, comme la chirurgie cardiaque, le traitement chirurgical des cancers, et le remplacement des articulations?

**M. Dorion:** Si cette police m'a semblé intéressante c'est parce qu'elle disait précisément ce genre de maladies.

**Le président:** Permettez-moi d'ouvrir une parenthèse pour vous dire à quel point j'ai été désolé d'apprendre le décès de votre père.

**M. Dorion:** Merci.

**Le président:** Revenons à nos moutons. Lorsque les gouvernements ont réduit les budgets de santé, cela a eu pour effet de rationner l'offre de services de santé.

**M. Dorion:** Oui, c'est ce que j'expliquais dans mon mémoire.

**Le président:** Donc, il n'y a que deux solutions possibles, puisque la demande restera la même.

**M. Dorion:** Elle augmentera.

**Le président:** Il y a deux solutions. D'abord, on peut essayer d'accroître l'efficacité du système pour qu'il puisse traiter plus de patients. Mais à un moment donné, il vous faudra plus de crédits. Il y a deux façons d'obtenir ces crédits. Le gouvernement peut augmenter les impôts et investir ces crédits supplémentaires dans le système de soins, ou alors les particuliers peuvent investir directement dans le système de soins en payant eux-mêmes les services.

**M. Dorion:** Oui. Et il s'agirait là d'un changement important pour notre société.

**Le président:** Exactement. À votre avis, laquelle de ces deux solutions est préférable?

**M. Dorion:** À mon avis, il faut mener plusieurs activités de front. D'une part, il faut rationaliser la demande à tous les niveaux de service. Si je commençais à faire payer une consultation 40 \$, la demande baisserait de 60 p. 100. Mais comme les services sont gratuits, les gens n'hésitent pas à consulter leur médecin. Il faut décourager ce genre de comportement. Il faut que les gens réfléchissent avant de recourir au système. Quand vous introduisez un système de tarification à l'utilisation pour l'eau courante, la demande d'eau baisse de 20 p. 100. Il faut que les services soient disponibles, mais il faut aussi faire quelque chose pour régler cet élément-là du problème.

À mon avis, vous pourriez justifier l'imposition d'une taxe successorale si l'on savait que les crédits ainsi réunis seraient réinvestis dans le système de soins, plutôt que d'être versés au Trésor. Peut-être qu'on pourrait créer un autre impôt sur le revenu. On pourrait prévoir, par exemple, que pour les personnes ayant des assurances, les premiers 500 \$ ou 1 000 \$ seraient ajoutés au revenu. De cette façon, les gens qui ne touchent pas ce revenu-là n'auraient pas à payer. Je n'ai certainement pas à vous rappeler qu'il ne faut pas perdre de vue ce principe important.

Par contre, si quelqu'un reçoit une facture pour les services de santé qu'il a reçus, alors qu'il n'a pas payé d'impôt, on pourrait



who are not paying their fair share of taxes. It would tie income tax to health care. It is an additional tool.

I am not at all shy about saying that everybody should pay his or her share of taxes. As an assessor, when somebody tried to fool me with his false information, I send it right into court. I jack up the assessment to make sure that he will file a complaint. I have no sympathy for people who do that. We set the rules, and we must live with them.

We must remember that the supply is fixed. I did not touch on that in my paper, but I do want to make a point of the fact that we have a strong culture in the hospital environment. We are good at educating and encouraging competent people in the health care system. However, if it were a private business, we would do two or three times as well. We would be servicing the world with our talents. Now we are rationalizing it. We are good, we are competent, we have dedicated people, and we control their "formation" because we cannot afford to pay them.

We must remember that there are people who are willing to pay for medical services. While he was on the waiting list, I am sure my father would have been glad to pay \$25,000 to have the doctor who would have otherwise been watching T.V. in the evenings perform his heart surgery. Instead of that I inherited money that I did not really need.

**The Chairman:** Thank you.

[Translation]

**Senator Morin:** Mr. Dorion, thank you very much for being with us. Your testimony was greatly appreciated and extremely useful. We will be looking carefully at your brief. Thank you once again for travelling to Montreal to present your views today.

**Mr. Dorion:** It was a pleasure.

**Senator Morin:** It has been very useful for us.

The meeting suspended.

[English]

The meeting resumed.

**The Chairman:** Senators, our first witnesses this afternoon are representatives from Canadian Life and Health Insurance Association, CLHIA. May I remind you that, when they testified before us at an earlier time, we got into a lengthy discussion with them about the gaps in drug coverage for Canadians. We asked them to think about the question of how to design a drug plan that, at the very least, would cover the catastrophic end of the business. By "the catastrophic end of the business," I mean that it would cover the kind of situation, which our report documents, where an employee, with an employer with a very good drug plan, nevertheless would end up having to pay \$12,000 or \$14,000 a year as his part of the co-payment because his wife had a terminal illness.

s'en servir pour trouver les gens qui ne paient pas leur juste part des impôts. Autrement dit, l'impôt sur le revenu serait lié aux soins de santé. Ce serait un outil supplémentaire.

Je n'hésite absolument pas à dire que pour moi, chacun doit payer sa juste part des impôts. En tant qu'évaluateur, quand quelqu'un essayait de me duper avec de faux renseignements, je renvoyais tout de suite son dossier au tribunal. Je gonfle la cotisation pour m'assurer que l'intéressé portera plainte. Je n'ai aucune indulgence pour les gens qui font ça. C'est nous qui établissons les règles, et nous devons donc les respecter.

Rappelons-nous que l'offre est fixe. Je n'en ai pas parlé dans mon mémoire, mais j'insiste sur le fait que nous avons, dans l'environnement hospitalier, une forte culture de solidarité. Nous avons un excellent bilan pour ce qui est d'éduquer les gens et d'encourager les personnes les plus compétentes à apporter leur contribution au système de soins. Par contre, s'il s'agissait d'une entreprise privée, nous serions deux ou trois fois plus efficaces encore. Nous mettrions nos talents au service du monde entier. À présent nous faisons de la rationalisation. Nous sommes bons, nous sommes compétents, nous avons des gens très dévoués, et malgré tout, nous contrôlons leur formation parce que nous n'avons pas le moyen de les payer.

Il faut rappeler que certaines personnes sont prêtes à payer les services médicaux dont elles bénéficient. Je suis convaincu que pendant tout ce temps où mon père était sur une liste d'attente, il aurait été très heureux de payer 25 000 \$ à un médecin pour qu'il l'opère, au lieu de regarder la télé le soir. À la place, j'ai hérité d'argent dont je n'avais pas vraiment besoin.

**Le président:** Merci.

[Français]

**Le sénateur Morin:** Monsieur Dorion, il me reste à vous remercier. Votre témoignage a été très apprécié et très utile. On va étudier votre document avec attention. Je vous remercie encore une fois de vous être déplacé et d'être venu aujourd'hui.

**M. Dorion:** Cela m'a fait plaisir.

**Le sénateur Morin:** Vous nous avez rendu service.

La séance est suspendue.

[Traduction]

La séance reprend.

**Le président:** Sénateurs, nos premiers témoins cet après-midi sont les représentants de l'Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes, l'ACCAP. Je vous rappelle que lors de la dernière comparution de cette association, nous avons discuté assez longuement des lacunes de l'assurance médicaments au Canada. Nous lui avons demandé de se pencher sur la question de la mise en place d'un régime d'assurance-médicaments devant permettre, au strict minimum, de couvrir les situations difficiles. Par «situation difficile», j'entends le genre de cas, que nous avons étudiés dans notre rapport, qui fait qu'un employé travaillant dans une entreprise ayant une très bonne assurance médicaments n'en doit pas moins sortir de sa poche 12 000 \$ à 14 000 \$ par an au titre de sa participation au régime parce que sa femme a une maladie fatale.

The industry was kind enough to use some of their experts to do some program designs for us. We are delighted to hear from them today. Mr. Mark Daniels, the president of the association will open. Would you introduce the people with you, please?

**Mr. Mark Daniels, President, Canadian Life and Health Insurance Association Inc.:** Honourable Senators, my colleagues and I very much appreciate the opportunity to participate in your deliberations on this very important work related to Canada's health system. With me today are Mr. Greg Traversy, Executive Vice-President; and Mr. Yves Millette, Senior Vice-President, Quebec Affairs.

Over the next few minutes each of us will address different aspects of your recent "Issues and Options" paper. First, I will focus on its overall vision of the roles of the public and private sectors; second, Greg will comment on your paper's drug insurance options, basically to look at the question Senator Kirby just raised; and third, Yves Millette will briefly review our industry's real world experience with one of the public-private partnership options for drug insurance which your report puts forward. We thought that Yves joining us, Mr. Chairman, would be helpful because he is very familiar with the plan here in Quebec. In fact, he had a great deal to do with helping the industry work with government to put it together.

At the outset, however, let me just make a general point about the "Issues and Options" report. It is an excellent piece of work, and we are pleased to be able to contribute to it. It is an impressive piece, which demonstrates candour, open-mindedness and a willingness to think, if it is not too hackneyed to say these days, "outside the box." In that sense, it is a refreshing contribution to a vitally important debate which is too often characterized by, from our point of view, incivility, intolerance, and downright demonization from time to time. It is a pleasure for us to be asked to comment on some of these issues.

**The Chairman:** Thank you for that.

**Mr. Daniels:** Our submission paper, which relates to your "Issues and Options" report, may be relevant in other ways to your ongoing work.

One aspect of the committee's approach which we admire is that your vision of Canada's health system encompasses, among other things, complementary and constructive roles for both the public and private sectors, both in the financing of health care as well as in its delivery. In our view, that vision captures both the current reality of Canada's health system since medicare's inception, as well as its best hope for future sustainability.

Our industry's role is focused almost exclusively on the financing side, providing funding to meet Canadians' health care needs through supplementary health insurance plans. Our

L'industrie a bien voulu faire appel à un certain nombre de ses spécialistes, qui ont modélisé un certain nombre de programmes à notre intention. Nous sommes heureux de pouvoir les entendre aujourd'hui. C'est M. Mark Daniels, le président de l'association, qui va commencer. Seriez-vous assez aimable pour nous présenter les gens qui vous accompagnent?

**M. Mark Daniels, président, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Inc.:** Honorables sénateurs, mes collègues et moi-même, apprécions particulièrement l'occasion qui nous est donnée ici de prendre part à vos délibérations dans ce domaine très important de la santé au Canada. J'ai à mes côtés Greg Traversy, vice-président des services d'administration et Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec).

Dans les minutes qui vont suivre, chacun d'entre nous va évoquer différents aspects de votre document d'orientation. Je traiterai tout d'abord de la portée générale du projet ainsi que du rôle du secteur public et du secteur privé; Greg commentera ensuite les différentes orientations retenues par votre étude en matière d'assurance-médicaments, essentiellement afin de répondre à la question que vient de poser le sénateur Kirby; enfin, Yves Millette fera état rapidement de l'expérience effectivement menée par notre industrie au sujet d'une des solutions retenues par votre rapport en matière d'assurance-médicaments, en faisant appel à un partenariat entre le public et le privé. Il nous a paru utile, monsieur le président, de nous adjoindre Yves étant donné qu'il connaît bien le régime en place ici au Québec. Il a d'ailleurs largement contribué à sa mise en place grâce à une collaboration entre l'industrie et le gouvernement.

Pour commencer, laissez-moi tout d'abord évoquer de manière générale le rapport «questions et options». C'est un excellent document et nous nous félicitons de pouvoir contribuer à son étude. Le texte ne laisse pas d'impressionner, il fait preuve de franchise, d'ouverture d'esprit et d'un sens de la réflexion. Disons-le carrément, il sort des sentiers battus. Il contribue donc à renouveler un débat très important qui se caractérise trop souvent, de notre point de vue, par un manque de civilité, par de l'intolérance et, à l'occasion, par une véritable diabolisation. Nous sommes particulièrement heureux qu'on nous ait demandé de commenter quelques-unes de ces questions.

**Le président:** Je vous en remercie.

**M. Daniels:** Notre document de travail, qui renvoie à votre rapport «questions et options», peut présenter une utilité à d'autres égards pour les travaux que vous avez entrepris.

L'une des orientations du comité qui nous paraît remarquable, c'est le fait que votre projet de régime de santé pour le Canada envisage, entre autres, des rôles constructifs et complémentaires pour le secteur public et le secteur privé, tant au niveau du financement de la santé qu'à celui des soins dispensés. À notre avis, ce projet tient compte de la réalité actuelle du régime de santé du Canada depuis l'apparition de l'assurance santé tout en offrant les meilleures perspectives d'avenir.

Le rôle de notre secteur d'activité est presque exclusivement de financer le régime en assurant un financement dans le cadre de régimes complémentaires d'assurance-santé pour que les



submission examines the role of supplementary health insurance plans in Canada's health system. Most of it will not come as any surprise to this committee. Indeed, the profile set out there very much confirms the validity of this committee's vision of constructive partnership between the public and private sectors in Canada's health system.

As it indicates, supplementary health insurance plans, first, complement our public health insurance plans by picking up where public plans leave off. Second, they provide funding to meet important health needs such as prescription drugs, dental care, artificial limbs, wheelchairs, and many other valuable services simply not covered by public plans. Third, supplementary plans protect about 20 million Canadians. They paid out \$10.6 billion in 2000, the latest year for which we have comprehensive data. This makes supplementary plans in Canada, Mr. Chairman, a significant direct payer for health services.

Indeed, in 1998, supplementary plans accounted for 11 per cent of direct total health spending in Canada, thus placing fourth after the Ontario government, which handles 23.9 per cent. Out-of-pocket spending by individuals on health related products and services accounts for 16.4 per cent, and the Quebec government is responsible for 15.4 per cent. Supplementary plans handle a good chunk of the total bill. As part of these total expenditures, supplementary plans provide \$1 billion a year in payments to our hard-pressed hospitals.

On balance, as this committee is obviously well aware, there is no question that supplementary health insurance plans are a major partner with our public health insurance plans in providing funds to meet our health care needs. They play a vital role in averting and reducing pressures on our public health insurance plans. Over the next few years as public policy in the health area evolves, it will be critically important to ensure that the capacity of supplementary plans to continue to play that major partnership role is maintained. Indeed, many expect, ourselves included, that that role might have to be significantly broadened in the years ahead. If the role of supplementary plans is not at least maintained, the result will be a massive further increase in the already huge pressures on our public health insurance plans.

Sustaining the capacity of supplementary health insurance plans will require dealing with some major challenges. One of these, which your report highlights, is the fact that provincial governments have loaded a tax burden of \$1 billion a year in premium taxes and retail sales taxes on supplementary health insurance plans. Moreover, the province of Quebec takes a further \$200 million in income taxes from supplementary group insurance plan members since employee contributions to group plans in Quebec are taxed as income in the hands of workers.

Canadiens puissent se soigner. Notre intervention porte sur le rôle des régimes complémentaires d'assurance-santé dans le cadre du régime de santé du Canada. La plupart de nos analyses ne sont pas pour surprendre votre comité. D'ailleurs, le profil établi confirme en grande partie la validité du projet de votre comité, qui pose le principe d'un partenariat constructif entre le secteur public et le secteur privé au sein du régime de santé du Canada.

Comme leur nom l'indique, les régimes complémentaires d'assurance-santé viennent tout d'abord compléter nos régimes publics d'assurance-santé en relayant les régimes publics lorsqu'ils cessent de rembourser. En second lieu, ils dispensent des crédits permettant de répondre à des besoins de santé importants en ce qui a trait, par exemple, aux médicaments prescrits, aux soins dentaires, aux membres artificiels, aux chaises roulantes et à bien d'autres services de grande valeur qui ne sont tout simplement pas remboursés par les régimes publics. Troisièmement, les régimes complémentaires protègent quelque 20 millions de Canadiens. Ils ont remboursé 10,6 milliards de dollars de frais en l'an 2000, dernière année pour laquelle nous ayons des statistiques complètes. Cela fait au Canada des régimes complémentaires, monsieur le président, d'importants organes de remboursement directs des services de santé.

Les régimes complémentaires ont d'ailleurs remboursé, en 1998, 11 p. 100 des dépenses directes de santé au Canada, ce qui les plaçaient donc en quatrième position derrière le gouvernement de l'Ontario, avec 23,9 p. 100, les dépenses personnelles des particuliers au titre des produits et des services liés à la santé, avec 16,4 p. 100, et le gouvernement du Québec, avec 15,4 p. 100. Les régimes complémentaires assument une bonne part de la facture totale. Sur ce total, les régimes complémentaires versent 1 milliard de dollars par an à nos hôpitaux, qui ont bien besoin de cet argent.

Dans l'ensemble, votre comité le sait bien, il est indéniable que les régimes complémentaires d'assurance-santé sont des partenaires importants de nos régimes publics lorsqu'il s'agit de dispenser des crédits répondant à nos besoins de santé. Ils jouent un rôle vital en réduisant et en détournant les pressions qui s'exercent sur nos régimes publics d'assurance-santé. Ces prochaines années, lorsque les politiques publiques en matière de santé vont évoluer, il sera absolument essentiel de maintenir cette possibilité pour les régimes complémentaires de continuer à jouer ce rôle d'important partenaire. De nombreux observateurs s'attendent d'ailleurs, vous-mêmes y compris, à que ce rôle soit largement renforcé au cours des années à venir. S'il n'est pas au minimum maintenu, il en résultera une augmentation considérable des pressions qui s'exercent déjà sur nos régimes d'assurance-santé.

Pour maintenir la capacité des régimes complémentaires d'assurance-santé, il faudra relever d'importants défis. L'un d'entre eux, que souligne votre rapport, c'est le fait que les gouvernements provinciaux ont fait supporter par les régimes complémentaires d'assurance-santé un fardeau fiscal de 1 milliard de dollars par an sous forme de taxes sur les primes d'assurance et sur les ventes au détail. De plus, le Québec prélève en outre 200 millions de dollars d'impôt sur le revenu aux membres des régimes complémentaires d'assurance collective étant donné que

Another challenge is rising costs, particularly drug costs, which impact the vitally important drug insurance component of supplementary health insurance plans.

I will now ask Mr. Traversy to comment on your report's drug insurance options.

**Mr. Greg Traversy, Executive Vice-President, Canadian Life and Health Insurance Association Inc.:** Mr. Chairman, as Mark indicated, drug expense insurance is a central element of supplementary health insurance plans and, as your report notes, it is also of greatly increasing importance in the context of Canada's public health insurance plans.

Your paper's options with respect to drug insurance raise four approaches: first, a comprehensive public program; second, a comprehensive public-private partnership; third, a public-private partnership initiative to protect against financial hardship due to high drug expenses; and, fourth, a tax based initiative to protect against high drug expenses.

With respect to option one, given that the great majority of Canadians already have some form of coverage for drug expenses through federal or provincial drug programs, and/or through private supplementary health insurance plans, it would seem terribly wasteful to proceed as if no Canadian had any drug coverage whatsoever by putting in place a new comprehensive program from the bottom up. This would amount to bulldozing into the ground a highly developed system of public and private drug programs which already cover the vast majority of Canadians. One immediate consequence of dismantling the drug insurance component of supplementary health insurance plans would be that the new public program would face the \$4.3 billion in drug costs currently covered by private plans.

Mr. Chairman, it would seem far more sensible to leave the bulldozer approach of option one aside and to focus instead on how to use our country's scarce resources most efficiently to adjust the current system to deal with the remaining public policy challenges. As your report notes, the current system is by no means perfect from a public policy perspective. Hundreds of thousands of Canadians simply do not have any drug insurance coverage at all. There are significant regional disparities in coverage. Even among those who have drug coverage, many are exposed to at least some risk of undue financial hardship if they or their loved ones should require one of the high cost blockbuster drugs. Indeed, your report cites an example which very clearly illustrates that even the co-payment portion of a \$50,000-per-year drug requirement can be a very heavy financial burden indeed.

les cotisations des employés aux régimes collectifs au Québec sont incluses dans le revenu des travailleurs et sont imposées.

Il y a aussi le problème que pose l'augmentation des coûts, notamment du coût des médicaments, qui a des répercussions sur un volet essentiel des régimes complémentaires d'assurance-santé, celui de l'assurance médicaments.

Je vais maintenant demander à M. Traversy de commenter les différentes solutions préconisées par votre rapport en matière d'assurance-médicaments.

**M. Greg Traversy, vice-président des Services d'administration, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Inc.:** Monsieur le président, comme vient de le dire Mark, l'assurance médicaments est un volet essentiel des régimes complémentaires d'assurance-santé et, comme l'indique notre rapport, il revêt par ailleurs de plus en plus d'importance au sein des régimes publics d'assurance-santé du Canada.

Votre document d'orientation prévoit quatre possibilités en matière d'assurance-médicaments: premièrement, un programme public universel; deuxièmement, un partenariat public-privé universel; troisièmement, un projet de partenariat public-privé assurant une protection contre les situations exceptionnelles entraînées par de fortes dépenses de médicaments; quatrièmement, enfin, des mesures fiscales assurant une protection contre les dépenses élevées de médicaments.

En ce qui a trait à la première possibilité, étant donné que les Canadiens, dans leur vaste majorité, bénéficient d'ores et déjà d'une certaine couverture des frais de médicaments dans le cadre des programmes fédéraux ou provinciaux d'assurance-médicaments, ou encore par l'entremise des régimes complémentaires d'assurance-santé, il semble que ce serait un véritable gaspillage que de faire comme si aucun Canadien n'avait la moindre assurance-médicaments en créant à partir de zéro un tout nouveau programme universel. Cela reviendrait à jeter à bas tout un ensemble de programmes d'assurance-médicaments publics et privés très élaborés qui couvrent déjà la grande majorité des Canadiens. L'une des conséquences immédiate du démantèlement du volet de l'assurance médicaments des régimes complémentaires d'assurance-santé serait d'amener le nouveau régime public à assumer 4.3 milliards de dollars de frais de médicaments déjà couverts par les régimes privés.

Monsieur le président, il semble qu'il serait bien plus logique d'écarter cette politique de la terre brûlée et de chercher plutôt à employer plus utilement les ressources limitées de notre pays pour adapter le régime actuel aux défis qui restent à relever. Comme l'indique notre rapport, le système actuel est loin d'être parfait du point de vue des politiques publiques. Des centaines de milliers de Canadiens n'ont tout simplement aucune assurance médicaments. Il y a des disparités régionales significatives sur le plan de la couverture. Même parmi ceux qui bénéficient d'une assurance santé, de nombreuses personnes courent au minimum certains risques et pourraient éprouver des difficultés financières insurmontables si elles-mêmes, ou l'un de leurs proches, devaient défrayer une chimiothérapie coûteuse. Vous citez d'ailleurs dans votre rapport un exemple qui illustre bien que même le paiement



Could options two, three or four address these challenges more effectively and efficiently than option one? My colleague Yves will be addressing option two in a moment. Option three would require a public-private partnership approach which would involve the federal government providing the financial support required to permit provincial drug benefit plans and private supplementary drug insurance plans to put an upper limit on the out-of-pocket expenses of individual plan members at some threshold such as, say, \$1,000 a year. Special emphasis would be placed on "incenting" provinces and private plans to extend protection to those who currently have no drug coverage whatsoever.

Under option three the federal government would essentially absorb the risks associated with the relatively rare but extremely costly cases where individuals require very expensive drug therapies.

It would be premature to come to any final conclusion on option three, or any other option, perhaps, but there is every reason to believe that more work on option-three-type approaches would be a very worthwhile investment of the committee's efforts, and we would certainly be delighted to contribute any information that you wish, if that proves to be an area you want to further explore.

Finally, with respect to option four, the taxed-delivered approach, as your report notes, there are, no doubt, some real opportunities to use our tax system more creatively to address the public policy challenges facing Canada's health system. However, given the backwards-looking, one-year-in-arrears nature of tax filing, it is very difficult to foresee the tax system alone dealing effectively with undue financial hardship due to high drug expenses. On balance, Mr. Chairman, option four certainly appears to have far less potential than option three.

**Senator Morin:** Do we have a document with this information? It seems we do not. Could we have the options again?

**The Chairman:** Correct me if I am wrong. I am going to do this from memory. Full national primary care is option one. Option two is a mixed public-private system. Option three relates to catastrophic coverage. It would kick in when the total cost of drugs to a particular individual or family exceeds some threshold amount.

**Senator Morin:** Do we have caps on Canadian insurance? Do we have private drug plans in Canada where there are maximums?

**Mr. Traversy:** Yes. There are drug plans in both the public plan area, as well as supplementary private plans that have caps. For example, the universal drug program in Quebec which my colleague Yves will address, has a cap on individual out-of-pocket expenses of, I believe, \$750 a year.

de la quote-part d'un traitement coûtant 50 000 \$ par an en médicaments peut représenter un très lourd fardeau financier.

Est-ce que les possibilités deux, trois et quatre peuvent permettre de relever ces défis plus efficacement que la première? Mon collègue Yves va vous parler dans un instant de la deuxième possibilité. La troisième possibilité fait appel à un partenariat entre le public et le privé aux termes duquel le gouvernement fédéral fournirait l'aide financière indispensable devant permettre à des régimes provinciaux et à des régimes privés complémentaires d'assurance-médicaments de limiter les frais payés personnellement par les membres des différents régimes à un maximum de 1 000 \$ par an, par exemple. On «inciterait» particulièrement les provinces et les régimes privés à protéger les personnes qui n'ont actuellement aucune assurance médicaments.

Si l'on retenait la troisième possibilité, le gouvernement fédéral assumerait essentiellement les risques liés aux cas relativement rares, mais très coûteux, de personnes ayant besoin de chimiothérapie très coûteuse.

Il est encore trop tôt pour conclure de manière définitive au sujet de cette troisième possibilité, ou peut-être même des deux premières, mais nous avons toutes les raisons de penser qu'il serait très utile que votre comité s'efforce d'étudier tout ce qui a trait à cette possibilité et nous sommes tout disposés à vous fournir les renseignements dont vous pourriez avoir besoin s'il s'avère que vous voulez approfondir la question.

Enfin, en ce qui a trait à la quatrième possibilité, celle de la fiscalité, il est indéniable, comme l'indique votre rapport, que l'on peut vraiment voir l'utilité d'un recours plus judicieux à notre fiscalité pour relever les défis qui se posent, sur le plan des politiques publiques, au régime de santé du Canada. Étant donné toutefois que notre régime d'imposition est par nature en retard d'un an sur les événements, il est très difficile de voir comme il pourrait remédier à toutes les difficultés entraînées par des dépenses de médicaments élevées. Tout bien considéré, monsieur le président, il semble que la quatrième possibilité ait un potentiel moindre que la troisième.

**Le sénateur Morin:** Avons-nous un document qui fait état de ces données? Il semble que non. Pouvez-vous nous répéter les différentes possibilités?

**Le président:** Excusez-moi si je me trompe. Je vous les cite de mémoire. La première correspond à une couverture nationale intégrale. La deuxième à un régime mixte public et privé. La troisième à la couverture des cas exceptionnels. Elle n'interviendrait qu'à partir du moment où le coût total des médicaments d'un particulier ou d'une famille dépasserait un certain seuil.

**Le sénateur Morin:** Y a-t-il des plafonds en matière d'assurance au Canada? Est-ce qu'il y a des régimes d'assurance-médicaments privés qui sont plafonnés au Canada?

**M. Traversy:** Oui. Il y a des régimes d'assurance-médicaments publics ainsi que des régimes complémentaires privés qui sont plafonnés. Ainsi, le programme universel d'assurance-médicaments du Québec, dont va vous parler mon collègue Yves, est plafonné à 750 \$ par an, je crois, pour ce qui est de la quote-part versée par les particuliers.

**Senator Morin:** I am not talking about that. I am talking about a cap after a certain amount of coverage.

**Mr. Traversy:** Do you mean where they do not pay beyond a certain amount?

**Senator Morin:** Yes, say, \$20,000.

**Mr. Traversy:** Not that I am not familiar with.

**Senator Morin:** It exists in the U.S.

[Translation]

**Mr. Yves Millette, principal vice-president, Corporate (Québec) of the Canadian Life and Health Insurance Association:** It is true, that type of program is quite rare in Canada.

**Senator Morin:** In Canada, but you do find it in the United States.

**Mr. Millette:** You might find it more often in the United States, but here in Canada you have almost nothing but group policies with unlimited coverage underwritten by employers.

**Senator Morin:** That means that a person covered in Canada under a private plan will not need special catastrophe insurance. Plan number 3 will therefore not apply to people covered by private insurance in Canada.

[English]

**The Chairman:** No, because the example we use in the report is the person who had a \$70,000-a-year income, and a very good plan, like the federal plan, and whose wife had \$50,000-a-year drug costs, for which he had to pay 20 per cent so, on a \$70,000, income he was paying \$10,000 a year in drug costs. Therefore, even in a co-payer system, at the catastrophic end, even someone with a good health plan, let alone a bad health plan — I mean, a 50-50 plan would be worse — can still run into problems.

**Senator Morin:** Does the Quebec plan have a cap on the co-payments?

**Mr. Millette:** Yes, it has, but we still have problems. We need a pooling system in Quebec because, if you do not have a certain pooling fund, it will become too expensive for small enterprises, small employers.

**The Chairman:** Is that in option four?

**Mr. Millette:** No.

**Senator Maheu:** What is option four?

**The Chairman:** That is the tax incentive system.

**Mr. Daniels:** Our comment on the tax system is simply that it pays in year one for expenses incurred in year zero. However, for those who have had to deal with a catastrophic situation, it will not help them much to get the money back the next year. They still face a real problem.

**Le sénateur Morin:** Je ne vous parle pas de cela. Je parle d'un plafond correspondant à un certain taux de couverture.

**M. Traversy:** Vous voulez parler d'un plafond de remboursement au-delà d'un certain montant?

**Le sénateur Morin:** Oui, disons à partir de 20 000 \$.

**M. Traversy:** Non, je ne suis pas au courant de la chose.

**Le sénateur Morin:** Cela existe aux États-Unis.

[Français]

**M. Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec) de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes:** Effectivement, ce genre de programme est très peu courant au Canada.

**Le sénateur Morin:** Au Canada, mais il existe aux États-Unis.

**M. Millette:** Ça existe peut-être aux États-Unis de façon plus normale, mais ici au Canada ce sont presque exclusivement des contrats collectifs souscrits avec un employeur et il n'y a aucun maximum.

**Le sénateur Morin:** Par conséquent, une personne qui serait couverte privément au Canada n'aurait pas besoin de plan catastrophique. Le plan 3 ne s'appliquerait pas à des gens qui sont assurés privément au Canada.

[Traduction]

**Le président:** Non, parce que nous prenons l'exemple dans le rapport d'une personne ayant un revenu de 70 000 \$ et un très bon régime, comme le régime fédéral, et dont la femme doit payer 50 000 \$ par an de médicaments, dont il faut payer une quote-part de 20 p. 100, soit 10 000 \$ par an en frais de médicaments sur un revenu de 70 000 \$. Par conséquent, même dans un régime de coassurance, en cas de catastrophe, même avec un bon régime de santé, et ne parlons pas des régimes déficients — bien entendu, la situation serait encore pire avec une quote-part de 50 p. 100 — on éprouve quand même des difficultés.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que ces quotes-parts sont plafonnées dans le régime québécois?

**M. Millette:** Oui, mais nous avons quand même des difficultés. Nous avons besoin au Québec d'un mécanisme de réassurance parce qu'en l'absence d'un tel mécanisme, le régime devient trop onéreux pour les petites entreprises, les petits employeurs.

**Le président:** Est-ce que c'est là la quatrième possibilité?

**M. Millette:** Non.

**Le sénateur Maheu:** Quelle est-elle?

**Le président:** C'est un régime d'incitation au moyen de la fiscalité.

**M. Daniels:** Ce que nous disons au sujet de la fiscalité, c'est tout simplement que l'on rembourse en l'an un ce que l'on a dépensé en l'an zéro. Par conséquent, les contribuables qui se retrouvent dans une situation catastrophique n'ont pas vraiment le temps d'attendre qu'on les rembourse l'année suivante. Ils font quand même face à de grosses difficultés.



**The Chairman:** In other words, you would get to the end of the tax year and you would claim a deduction on your tax form. The problem is that you file your tax return in April and you might have incurred the expenses in January of the previous year. You might be out of pocket for 15 months, which is something you cannot afford.

**Senator Morin:** Should we exclude option four?

**The Chairman:** They are suggesting we exclude option four.

**Mr. Millette:** I am sorry about that.

**The Chairman:** You can tell we are interested in the subject, because we started asking you questions before you finished your presentation. Please go ahead.

**Le président:** Autrement dit, il faudrait attendre la fin de l'exercice pour demander une déduction sur la déclaration fiscale. Le problème, c'est que l'on fait la déclaration en avril et que les frais ont pu être engagés en janvier de l'année précédente. Il est possible que l'argent soit sorti des poches du contribuable 15 mois auparavant, et il ne peut pas se le permettre.

**Le sénateur Morin:** Doit-on exclure la quatrième possibilité?

**Le président:** Les témoins proposent de l'exclure.

**M. Millette:** Je vous prie de nous excuser.

**Le président:** Vous pouvez voir que le sujet nous intéresse, puisque nous avons commencé à vous poser des questions avant que vous ne terminiez votre exposé. Poursuivez.

[Translation]

**Mr. Millette:** Mr. Chairman, the second option outlined in your report would be a partnership between the public and private sectors to create a universal drug insurance plan.

In Quebec, our industry has been working together with the government since 1997 in order to offer this type of general drug insurance plan. In Quebec, everyone must be covered by this type of insurance.

Those who are part of a private group plan set up by their employer must subscribe to it with their dependents.

Self-employed people and their dependents also have to subscribe to a private group plan set up, for example, by some professional body they belong to.

The insurance companies have to include drug insurance in all group health and disability insurance plans offered to the public, to employers or to associations in Quebec and no potential subscriber may be turned down on medical grounds.

Those who do not have access to an employer or association-run group plan must subscribe to the plan set up under Quebec's health insurance plan. The annual QHIP premium is \$385.00, but private plans are free to set their own premiums.

On average, the private plans' pre-tax premium is roughly the same as the government plan's. All the private plans as well as the Quebec Health Insurance Plan must include the following conditions: The deductible part of drug expenses must be no higher than \$100.00 a year. The insured person must not have to pay more than 25 per cent of his or her drug expenses.

Furthermore, no insured person should have to disburse more than \$750.00 per year for medicine. The idea is to relieve insured persons of the financial burden of high drug costs.

**Senator Morin:** Would you repeat the figures, since they might be new to some of us here.

**Mr. Millette:** There is a \$100.00 deductible per year. Under the government plan, since it is a monthly deductible, it comes to \$8.33 a month.

No insured person has to cover more than 25 per cent of his or her drug costs and none has to disburse more than \$750.00 annually for drug purchases.

With the \$100.00 deductible and the 25 per cent ceiling, you get an annual maximum of \$750.00 no matter what the cost of the drugs required that year.

All the drugs listed in regulations must be covered. And if I am not mistaken that includes something like 93 per cent of the drugs generally prescribed by doctors.

**Senator Morin:** Very generous of Quebec.

[Français]

**M. Millette:** Monsieur le président, la deuxième option dont il est question dans votre rapport propose un partenariat entre les secteurs public et privé pour la mise en place d'un régime universel d'assurance-médicaments.

Au Québec, notre industrie collabore depuis 1997 avec le gouvernement pour offrir un tel régime, le régime général d'assurance-médicaments. Tous les québécois doivent être couverts par une assurance-médicaments.

Ceux qui ont accès à un régime collectif privé offert par leur employeur doivent y participer ainsi que leurs personnes à charge.

Les travailleurs autonomes et leurs personnes à charge doivent également adhérer au régime collectif privé que leur offre, par exemple, leur association professionnelle.

Les assureurs, quant à eux, doivent offrir l'assurance-médicaments dans tous les régimes collectifs d'assurance santé et d'assurance invalidité qu'ils offrent au public, à des employeurs ou à des associations au Québec et ils ne peuvent refuser l'adhésion au régime pour des raisons médicales.

Ceux qui n'ont pas accès à un régime collectif d'employeur ou d'association, doivent adhérer au régime offert par la Régie de l'assurance-maladie du Québec. La prime du régime de RAMQ est fixée à 385.00 \$ annuellement, actuellement, alors que les régimes privés établissent eux-mêmes la prime nécessaire pour leur régime.

En moyenne, la prime avant taxe des régimes privés est équivalente à la prime du régime public. Tous les régimes privés et le régime de la RAMQ doivent au moins prévoir ce qui suit: La franchise ne doit pas dépasser 100.00 \$ par année. La part des frais payables par l'assuré ne doit pas dépasser 25 p. 100.

Aucun assuré ne doit être obligé de payer de sa poche plus de 750.00 \$ par année. Cette mesure vise à protéger les assurés contre des difficultés financières découlant de frais élevés de médicaments.

**Le sénateur Morin:** Répétez donc, les gens sont surpris des montants qu'on connaît bien, nous.

**M. Millette:** La franchise, c'est 100.00 \$ par année. Et elle s'exprime plus souvent dans le régime public par 8.33 \$ par mois, parce que la franchise est mensuelle.

La part des frais payables pour les assurés sur chacune des prescriptions ne doit pas dépasser 25 p. 100. Aucun assuré n'est obligé de payer de sa poche plus de 750.00 \$ par année.

Donc le maximum du 100.00 \$ de franchise plus le 25 p. 100 qu'il paye ne doit pas, au total, dépasser 750.00 \$ par année, peu importe le coût des médicaments que vous allez consommer dans l'année.

Au moins tous les médicaments figurant sur une liste réglementaire doivent être couverts. Et cette liste-là couvre quelque chose comme, si je me souviens bien, 93 p. 100 des médicaments généralement prescrits par le médecin.

**Le sénateur Morin:** Très généreuse au Québec.



**Mr. Millette:** Yes, very generous. The QHIP also include a financial assistance scheme which extends both to premiums and to drug expenses.

This assistance is pegged to a person's income but is not offered to people insured under a private plan.

Since 1997, people living in Quebec are therefore covered under various combinations of private plans and the government plan according to their particular needs.

From the industry point of view, the general drug insurance plan works reasonably well. Compared with other universal drug insurance plans, Quebec's plan is flexible enough to dovetail with the coverage offered by insurance companies.

The establishment of this plan has had little permanent impact on the day-to-day activities of most group insurance providers.

For example, when this plan came into effect, there was no need to modify policies since the law did not require the officialization of provisions.

Nor did the plan's coming into operation complicate the processing of insurance claims.

And finally, the most difficult thing we had to do was to put into effect a system of mutualization where you provide for catastrophic risk in a way that enables small and mid-size businesses to keep offering their employees coverage even when one of them has to take a particularly expensive drug.

Because of this mutualization of risk, the premiums remain affordable even for small and mid-size businesses.

The industry's input in solving the mutualization issue creates the basis for an even greater cooperation in the future in terms of catastrophe insurance, which is option 3 outlined by your committee.

I cannot speak for the Quebec government, but I believe that from their point of view the results attained thus far may not be entirely satisfactory but the government has attained some of its key objectives.

First of all, everyone in Quebec can now be covered under an insurance plan which, as you were saying earlier on, is relatively generous.

Everyone has standard coverage. Everyone is also covered in case of financial hardship. And, what is significant in terms of tax dollars, elderly people and people receiving social assistance now, depending on their income, pay a larger part of their drug costs than before.

On the other hand, the government is faced with a number of difficult challenges. First of all, the rapid increase in the QHIP's

**M. Millette:** Très généreuse, effectivement. Le régime de la RAMQ comporte un système d'assistance financière tant pour la prime que pour les déboursés des assurés.

L'assistance est fonction du revenu, mais n'est pas acceptable aux assurés des régimes privés.

Ainsi, depuis 1997, tous les Québécois sont couverts grâce à la combinaison des régimes privés et du régime d'État, lesquels sont harmonisés au plan de leur conception.

Du point de vue de notre industrie, le régime général d'assurance-médicaments fonctionne raisonnablement bien. Ainsi, par rapport à d'autres modèles de régimes universels d'assurance-médicaments, la formule retenue au Québec a été suffisamment souple pour permettre son intégration aux protections offertes par les assureurs.

La mise en place du régime a eu des conséquences permanentes minimales sur les activités quotidiennes de la plupart des fournisseurs d'assurances collectives.

Par exemple, les contrats n'ont pas dû être modifiés au moment de l'entrée en vigueur du régime, puisque l'uniformisation des dispositions n'était pas obligatoire.

De plus, la mise en place du régime n'a pas eu pour effet de compliquer le processus de traitement des demandes de règlement des assurés.

Finalement, la tâche la plus problématique qui nous a été confiée a été de mettre en place un système, un mécanisme de mutualisation où il existe un système pour les catastrophes qui permet aux petites et moyennes entreprises de maintenir la protection de leurs employés même lorsque l'un d'eux a besoin d'un médicament particulièrement onéreux.

La mutualisation permet de faire en sorte que les primes des petites et moyennes entreprises restent abordables par rapport à celles des groupes plus importants.

L'apport de l'industrie à la résolution de la question de la mutualisation jette les bases d'une collaboration plus poussée à l'avenir sur de tels genres de régimes catastrophe qui est l'option 3 qui était proposée par votre Comité.

Je ne peux pas parler au nom du gouvernement du Québec, mais je pense qu'à son point de vue les résultats ont été plus ou moins satisfaisants. Il ne fait aucun doute, cependant, qu'il a atteint certains objectifs clés qu'il visait.

Premièrement, 100 p. 100 des Québécois ont maintenant accès à une assurance avec un système qui est relativement généreux, comme vous le disiez tantôt.

Tous les assurés bénéficient d'une protection conforme à des normes standard. Tous les assurés bénéficient d'une protection en cas de difficultés financières graves. Et, ce qui n'est pas négligeable non plus du point de vue des fonds publics, les personnes âgées et les assistés sociaux assument, en fonction de leur revenu, une plus grande part de leurs frais de médicaments qu'avant la mise en place du régime.

D'un autre côté, le gouvernement est confronté à un certain nombre de difficultés. Premièrement, les coûts assumés par le

drug expenses. That is obviously also a problem for private insurance plans considering the rise in the cost of medicine.

The government is perpetually trying to keep health insurance plan premiums affordable while at the same time assisting low-income people.

The costs underwritten by Quebec's Treasury Board are continually going up and each year the health insurance plan loses money.

Furthermore, the cost to high-income elderly people has gone up, since the plan was put into effect, from a few dollars per prescription to a \$385.00 annual premium, and this has caused a measure of discontent among the people concerned.

The premiums paid by this category of policy holders is, however, to a large degree subsidized, for a retired person's participation in a private group insurance plan actually costs about \$1,200.00 a year.

Experience has taught us, Mr. Chairman, that the second option outlined in your report is workable. We suggest, however, that your committee take into account, in considering this second option, the costs that might have to be borne by the public sector.

The putting into effect of a universal plan can obviously weigh on the public purse, even if the private sector plays an important complementary role, especially with an aging population.

Mr. Chairman, this concludes our testimony. We will now gladly answer any questions.

[English]

**The Chairman:** We do not have a copy of your opening statement. We have the red book you gave us. If you can pull all your papers together and leave us with a copy of your opening statement, that would be helpful.

You will remember that, in our volume 4, we had some data which indicated, that 97 per cent of Canadians had some form of drug coverage, and so on. A number of witnesses do not accept that data. Can your staff and our staff get together and come up with an agreed set of numbers? I am not suggesting that your numbers are wrong. During your first presentation to the committee we had a discussion as to whether or not the numbers were right. We must get a handle on the data so we do not get into factual arguments with people.

**Mr. Daniels:** We would be happy to share our information with you. We are currently undertaking an update of that data so you will have more. We have seen some preliminary runs, and the general trend of this data is not changing at all.

**Mr. Traversy:** That is absolutely correct, Mr. Chairman.

**The Chairman:** We would like to be able to respond to the critics.

régime de la RAMQ augmentent rapidement. Évidemment, c'est aussi le cas pour les régimes privés à cause de l'augmentation du coût des médicaments.

Par conséquent, le gouvernement doit continuellement trouver un moyen de maintenir la prime versée à la Régie de l'assurance-maladie à un niveau acceptable par rapport aux coûts et ce en continuant d'assister les personnes à faible revenu.

Donc, le coût pour le Conseil du trésor québécois continue toujours à s'élever et on constate, à chaque année, qu'il y a des pertes.

De plus, les frais payables par les personnes âgées à revenu élevé sont passés, avec l'établissement du régime, de quelques dollars par ordonnance à une prime de 385.00 \$ par année; ce qui a provoqué un certain mécontentement chez ces personnes.

Toutefois, la prime payable par cette catégorie d'assurés reste en grande partie subventionnée. En effet, la participation d'un retraité à un régime d'assurance collective privé après la retraite entraîne des coûts de quelque 1 200.00 \$ par année.

D'après notre expérience, nous pouvons donc dire, monsieur le président, que la deuxième option proposée dans votre rapport est réalisable. Toutefois, nous suggérons à votre Comité de tenir compte, dans l'étude de cette deuxième option, des coûts que pourrait avoir à assumer le secteur public.

Il est clair que la mise en place d'un régime universel peut causer de fortes pressions sur les finances publiques, même si le secteur privé joue un rôle complémentaire important, surtout à un moment où le pays connaît un vieillissement de sa population.

Monsieur le président, ce sera tout pour notre témoignage. Nous serons heureux de répondre à vos questions.

[Traduction]

**Le président:** Vous n'avez pas mis votre exposé par écrit. Nous avons la brochure rouge que vous nous avez distribuée. Si vous pouviez rassembler toutes vos notes et nous laisser une copie de votre exposé, ça nous serait utile.

Souvenez-vous que dans notre quatrième volume nous avons recensé un certain nombre de statistiques qui révèlent que 97 p. 100 des Canadiens ont une certaine forme d'assurance-médicaments, par exemple. Certains témoins n'acceptent pas ces statistiques. Est-ce que votre personnel et le nôtre ne pourraient pas se réunir pour s'entendre sur les chiffres? Je ne veux pas dire par là que vos chiffres soient faux. Lors de votre première comparution devant notre comité, nous avons discuté de la validité de ces chiffres. Nous devons nous entendre sur les statistiques afin de ne pas nous perdre dans des querelles de chiffres avec les gens.

**M. Daniels:** Nous sommes tout disposés à vous communiquer l'information dont nous disposons. Nous sommes actuellement en train de mettre à jour ces chiffres pour que vous soyez mieux informés. Nous avons fait quelques essais et la tendance générale n'a pas changé en ce qui concerne ces statistiques.

**M. Traversy:** C'est tout à fait exact, monsieur le président.

**Le président:** Nous aimerions pouvoir répondre aux critiques.



My next point concerns the one that, in fact, Senator Morin raised. If you look at the history of pension plans, you will remember defined benefit plans. Of course, you are familiar with those. A defined benefit plan is one where your pension is based on so much per year times the number of years worked. Over the last 10 years, as those types of plans became very expensive, the move was towards so-called defined contribution plans, in which the employee and the employer put a certain amount of money into an RRSP every year. How much the pension is worth at the end is a function of how well the RRSP does. If the markets go down, the pension does not pay as good a pension as it would otherwise.

We have some anecdotal evidence which suggests that the same kind of switch is now starting to occur with respect to drug plans. In other words, as opposed to a drug plan like the federal one, where the federal government pays 80 per cent, the employee pays 20 per cent, and there is no cap, there is a trend towards paying a maximum amount per year. This is because it is becoming very expensive for employers, particularly as biotech drugs are put on the list.

There is no question that is occurring in the United States, but I happen to know of some employers who have made such a switch in Canada. I need not identify them here. I am trying to understand the extent to which that is an aberration. In 10 years from now, is that where we will be?

**Mr. Traversy:** I would not want to hazard a guess as to where we will be 10 years from now.

**The Chairman:** Make a try.

**Mr. Traversy:** I am certainly aware of plans in which non-drug benefits are being replaced by, or at least somewhat substituted by, what are sometimes called "health spending accounts." For example, previously, an employee might have had entitlement to eye glasses or whatever, but now, rather than adhering to a long schedule of health related items, they give him a certain amount, say, \$500, and the employee can purchase whatever health related items he needs.

I am not aware that that is a significant phenomenon with respect to the drug component of supplementary health insurance plans at this time. Certainly, in our recent discussions with our member companies and other very knowledgeable persons, I have not heard that that is commonplace yet, although I stand to be corrected.

**The Chairman:** As biotech drugs kick in with their very large costs, perhaps thousands of dollars a shot, is there any anticipation that that might happen?

**Mr. Traversy:** There is no doubt that high-cost drugs are a real concern for plan sponsors now. You are quite right, Mr. Chairman, to raise the prospect that plans will have to adapt. The adaptation you have just suggested, I am sure, would be one of the options that will be considered, and perhaps sooner rather than later. There

Je vais maintenant évoquer une question qu'a en fait soulevée le sénateur Morin. En faisant l'historique des régimes de pension, on se souvient des régimes à prestation déterminée. Vous les connaissez bien, évidemment. Dans un régime à prestation déterminée, la pension est calculée en prenant un certain montant que l'on multiplie par le nombre d'années de travail. Ces régimes étant devenus très onéreux, on a pris l'habitude ces 10 dernières années de s'orienter vers des régimes à cotisation déterminée, c'est ainsi qu'on les appelle, l'employé et l'employeur versant une certaine quantité d'argent chaque année dans un REER. Le montant de la pension versée est fonction de ce que vaut le REER. Si les marchés baissent, la pension versée est moins forte.

Des preuves empiriques nous montrent que l'on enregistre la même évolution en ce qui a trait aux régimes d'assurance-médicaments. Autrement dit, contrairement à un régime d'assurance-médicaments comme le régime fédéral, aux termes duquel le gouvernement fédéral paie 80 p. 100 des frais, l'employé payant 20 p. 100 sans que le total soit plafonné, on a tendance désormais à ne verser qu'un montant maximal chaque année. Cela s'explique par le fait que les régimes deviennent très onéreux pour les employeurs, notamment lorsque la biotechnologie entre en jeu.

Il est indéniable que l'évolution est en cours aux États-Unis, mais je sais pertinemment que certains employeurs ont commencé à s'engager dans cette voie au Canada. Je ne donnerai pas de noms ici. J'essaie de voir dans quelle mesure il s'agit là de cas aberrants. Dans 10 ans, où en serons-nous?

**M. Traversy:** Je ne voudrais pas me hasarder à prédire où nous en serons dans 10 ans.

**Le président:** Essayez quand même.

**M. Traversy:** Je suis bien au courant de régimes dans lesquels on remplace des prestations non liées aux médicaments, en recourant du moins à une certaine forme de substitution, par ce que l'on appelle des «comptes de dépenses de santé». Ainsi, un employé qui jusqu'alors aurait pu avoir droit, par exemple, à des lunettes, plutôt que de se voir proposer un choix parmi une longue liste d'articles relevant de la santé, reçoit un certain montant, disons 500 \$, pour acheter ce dont il peut avoir besoin.

Je n'ai pas eu connaissance de ce phénomène, qui ne m'apparaît pas courant pour l'instant au sein des régimes complémentaires d'assurance-médicaments. Je vous avoue que je n'ai pas entendu dire, lors des entretiens que j'ai eus récemment avec nos sociétés membres et avec des personnes très qualifiées dans le domaine, que ce phénomène soit déjà courant, même si je peux éventuellement me tromper.

**Le président:** Lorsque les médicaments coûteux relevant de la biotechnologie feront leur apparition, éventuellement à des milliers de dollars par traitement, est-ce que l'on peut entrevoir cette possibilité?

**M. Traversy:** Il est indéniable que les administrateurs des régimes se préoccupent à l'heure actuelle du coût élevé des médicaments. Vous avez tout à fait raison, monsieur le président, de nous dire que ces régimes devront éventuellement s'adapter. Je suis sûr que l'adaptation que vous venez d'évoquer sera l'une des

is no question that they really are a problem for employer-sponsored drug plans.

**The Chairman:** Think of the example where the individual with an income of \$70,000 is paying \$10,000 a year in his co-payments. To some of us, if not all of us on the committee, that is wrong in a country that believes an individual should not suffer undue financial hardship as a result of being sick, particularly in view of the fact that, if the person were hospitalized, he would get the drugs for nothing and the government would, in addition, incur a cost of \$1,500 a day, or whatever it costs to keep him in the hospital.

How would we go about designing a proposal, which is close to your option three, that is aimed at dealing with those kinds of cases? In other words, not disrupt anything that is going on now, but deal with a situation where the drug burden became very heavy. I recognize that we would have to define "very heavy", and that would depend on someone's income. I mean, "very heavy" would be a much smaller number if a person's income is \$20,000 a year as opposed to \$200,000 a year. How do we go about designing a plan that would pick up all of those people and would solve Yves' problem in the sense that, if it is a national plan, the sample would be big enough that it would be easy to manage? I am not suggesting that is the answer; I just want to know what process we should follow.

**Mr. Daniels:** Senator, I would make the very general comment that the burden of our testimony here is that option three is eminently doable.

We are already, in this province, dealing with an option two, although it is not perfect.

**The Chairman:** Option three deals with the catastrophic situation.

**Mr. Daniels:** A catastrophic drug plan is doable. It will be for the governments of the day to judge whether the costs are manageable. In our view, they are within the kind of envelope that would be manageable.

**The Chairman:** I am sorry to press you, but it will take a lot of technical knowledge that does not exist on this committee or in our staff to come up with a precise proposal that would define, for government and for the people, what is too much and relate it to income. People can then argue about that. The concept to me is very clear, but I do not know how I go from the concept to suggesting that someone ought to buy a certain plan or a version of it. That is where the input of industry will make a difference. You people have all this information.

**Mr. Traversy:** Mr. Chairman, your committee has already taken a very important step in that you now have an approach on the table that has obviously galvanized attention in circles like our

options envisagées, et peut-être plus tôt qu'on le pense. Il est indéniable que ces médicaments posent un gros problème pour les régimes d'assurance-médicaments administrés par les employeurs.

**Le président:** Pensez, par exemple, à une personne ayant un revenu de 70 000 \$ et dont la quote-part est de 10 000 \$ par an. Pour certains d'entre nous, sinon pour la totalité des membres de notre comité, ce n'est pas une situation normale dans un pays où l'on considère que personne ne doit être mis financièrement en difficulté par la maladie, notamment lorsque l'on sait que si cette personne était hospitalisée, elle recevrait gratuitement les médicaments et que son séjour à l'hôpital coûterait en outre quelque 1 500 \$ par jour.

Comment concevoir un projet s'apparentant à la troisième possibilité que vous évoquez et qui permettrait de prendre en charge ce genre d'affaires? Autrement dit, sans rien bouleverser dans le régime actuel, on remédierait aux situations dans lesquelles le coût des médicaments représente un fardeau très lourd. Je reconnais qu'il nous faudrait préciser ce que l'on entend par «fardeau très lourd», et que tout dépendrait des revenus des personnes considérées. Je veux dire par là que la somme représentant «un fardeau très lourd» serait bien plus faible pour un revenu de 20 000 \$ par an que pour un revenu de 200 000 \$. Comment concevoir un régime susceptible de prendre en charge toutes ces personnes et de résoudre le problème posé par Yves, en ce sens que s'il s'agit d'un régime national, il faut que l'échantillon soit suffisamment représentatif pour que l'administration du régime soit possible? Je ne dis pas que là est la réponse; je veux simplement savoir quelle serait la procédure à suivre.

**M. Daniels:** Sénateur, je tiens simplement à vous dire de manière très générale que nous sommes venus témoigner ici du fait que cette troisième possibilité est tout à fait susceptible d'être mise en pratique.

Nous mettons déjà en oeuvre, dans notre province, la deuxième possibilité, même si l'application n'est pas parfaite.

**Le président:** Cette troisième possibilité renvoie aux situations graves.

**M. Daniels:** On peut mettre en pratique un régime d'assurance-médicaments adapté aux cas graves. Il appartiendra au gouvernement en place de juger dans quelle mesure il peut en défrayer les coûts. À notre avis, ils ne sortent pas de l'enveloppe des crédits susceptibles d'être fournis.

**Le président:** Excusez-moi de vous en demander tant, mais nous aurons besoin de beaucoup de connaissances techniques que notre comité et que notre personnel n'ont pas, pour en arriver à un projet précis définissant, à la satisfaction du gouvernement et de la population, quels sont les seuils à respecter en fonction des revenus. Il y aura des polémiques à ce sujet. Le principe m'apparaît très clair, mais je ne sais pas comment passer du domaine des principes à celui de l'application d'un régime bien défini. C'est sur ce point que la participation de l'industrie va faire toute la différence. C'est vous qui avez l'information.

**M. Traversy:** Monsieur le président, votre comité a déjà fait un pas très important en ce sens que vous avez défini une orientation qui, de toute évidence, a éveillé un grand intérêt dans différents



industry, and others. We would be delighted to contribute anything we can, should your committee want to pursue this. We know you have at least one more report to prepare. In the months ahead, should you want to delve into this more fully, we will certainly bring whatever we can to the table. As Yves has mentioned, there are a number of approaches you can take. In the context of the Quebec experience, the whole problem of high drug expenses had to be dealt with in order to put the \$750 cap in place and make it affordable, even in small work places.

[Translation]

**Mr. Millette:** Yes, we may have limited experience with this, but our first true encounter with catastrophe coverage was with the mutualization scheme we had to set up in order to preserve insurance coverage for small businesses.

The experience has been interesting up to now since it has enabled us to group the calamity claims and spread them out over the whole of the population. That might be something that could be taken over by government.

Except that under the system as set up by the industry, at the present time only some of the claims are mutualized. I think the annual figure is currently around 15 million dollars. But I know that is increasing very quickly, by some 30 per cent a year.

Let me recall, for the sake of example, that this week we submitted a report to the minister of Health outlining our experience thus far since the plan started to pay out claims exceeding various amounts depending on the number of employees in a given company. But, for example, in the drug insurance plan's first year of operation in Quebec, that is to say 1997, the Compensation Fund did not have to pay out anything. In that year, there were no claims for expenses over \$20,000.00.

In 1998, there were 46 such claims. And 76 in 1999, the last year we have the figures for. You can see that the numbers are going up very quickly. I mean the claims for amounts over \$20,000.00.

If you scale that back and look at the \$10,000 claims, you begin to see minimum payouts of \$5,000.00 per year, and that builds up very quickly.

A cursory examination shows that in 1999 there were 8 claims for amounts in excess of \$50,000.00, both private plans and the government plan.

If we bring that down to \$20,000.00, the number of claims is 72, but that is for a limited group only.

If you take all the various plans together, that is to say companies with at least 125 employees, plus the government plan, you get a much higher figure, with around \$700,000.00 worth of claims in excess of \$50,000.00 this year.

If we look at the \$20,000.00 claims, we estimate that the total amount would be in the tens of million of dollars.

milieux, et en particulier dans notre secteur d'activité. Nous nous ferons un plaisir de participer à ce projet dans toute la mesure de nos moyens si votre comité décide de le mettre en œuvre. Nous savons qu'il reste à votre comité au moins un rapport à rédiger. Dans les mois qui viennent, si vous voulez continuer à réfléchir à la question, nous ne manquerons pas de vous fournir toute l'information voulue. Comme Yves vient de l'indiquer, il y a différentes voies que vous pouvez emprunter. Au Québec, on a abordé toute la question du coût élevé des médicaments en fixant un plafond de 750 \$ pour que le coût en devienne abordable, même dans les petites entreprises.

[Français]

**M. Millette:** Oui, effectivement, on a une expérience peut-être limitée, mais la première expérience véritable de régime catastrophique est avec le système de mutualisation qu'on a dû mettre en place pour conserver les régimes des petites entreprises.

Et à venir jusqu'à maintenant, l'expérience est intéressante parce qu'elle permet de regrouper les réclamations catastrophiques et de les répandre sur l'ensemble de la population. Et à la limite, c'est quelque chose qui pourrait très bien être pris en charge par le gouvernement.

Sauf que les coûts du système qui a été mis en place par l'industrie, à l'heure actuelle, fait en sorte qu'il y a seulement certains montants qui sont échangés de l'un à l'autre. Je pense que les montants échangés sont de l'ordre, pour la présente année, d'à peu près 15 millions \$. Mais c'est en progression très rapide, soit environ 30 p. 100 par année.

Et juste pour vous donner un exemple, on a soumis un rapport au ministre de la Santé cette semaine, dans lequel on donne l'expérience, parce que le régime paie les réclamations à partir de certains excédants qui sont basés sur la taille de l'entreprise. Mais à titre d'exemple, la première année que le régime d'assurance-médicaments a été mis en place au Québec, c'est-à-dire en 1997, il n'y avait eu aucune réclamation au Fonds d'indemnisation. Il n'y avait eu aucune réclamation pour des montants déboursés supérieurs à 20 000.00 \$ dans une année.

En 1998, il y en a eu 46. En 1999, il y en a eu 76, c'est la dernière année pour laquelle on a des statistiques. Donc, ça grandit très rapidement. Et ça, ce sont des réclamations de 20 000.00 \$ par année.

Si on diminue et qu'on va à 10 000.00 \$ par année, on commence à avoir des montants minimums à 5 000.00 \$ par année, ça cascade très rapidement.

Selon une évaluation très sommaire, il y a eu, en 1999, je crois, 8 réclamations supérieures à 50 000.00 \$ autant dans les régimes privés que dans le régime public.

Si on recule à 20 000.00 \$, je vous parlais de 72, mais c'est pour un groupe restreint.

Si on prend l'ensemble des régimes, c'est-à-dire les employeurs de 125 employés et plus et le régime public, c'est beaucoup plus important, lorsqu'on parle de réclamations de 50 000.00 \$ et plus, le total représente environ 700 000.00 \$ pour cette année.

Si on prend les réclamations de 20 000.00 \$, notre estimation est que c'est plusieurs dizaines de millions de dollars.

If you come down to \$10,000.00, then you are looking at hundreds of million of dollars. And if you go down to \$6,000.00, you get, just for Quebec, calamity compensation of around 1 billion dollars in compensation for catastrophe claims.

So the more generous your catastrophe coverage is, the higher the costs, with an exponential rate of increase.

[English]

**Mr. Traversy:** Mr. Chairman, I have a supplementary piece of information on the incidents of these very high drug expenses. Recently, someone who has been conducting a national study of the frequency distribution of high drug expenses was telling me that the cases where an individual patient requires drugs exceeding the \$5,000 per year threshold, constitute between 1 per cent and 2 per cent of all patients. However, those 1 per cent to 2 per cent of cases account for 15 per cent to 20 per cent of the overall drug cost in the system.

**Senator Morin:** That is true of every situation in health care costs.

**The Chairman:** That absolutely confirms the need for a catastrophic plan. You are saying that that 1 per cent or 2 per cent are having to absorb 15 per cent to 20 per cent of the cost. They are exactly the kind of people government ought to be helping.

Might I suggest that some time in the next couple of weeks your staff and our staff get together and figure out how we can put a real plan together? That group should include Yves, because it is important to have someone who understands the Quebec model.

**Mr. Daniels:** We would be happy to do that. However, I just want to make it clear that the broad outlines of a catastrophic plan already exist. A lot of thought and work has already gone into this. We are not starting at ground zero. Quite apart from the critical, practical information that we have learned out of the Quebec milieu, we have done a lot of work on a catastrophic plan.

**The Chairman:** Thank you.

**Senator Morin:** How many provinces do not have a catastrophic plan? I am referring to the situation where a citizen may have to pay out-of-pocket drug expenses of \$5,000. My impression is that that would be a relatively small number of provinces.

**Mr. Traversy:** I believe there are five provinces in which that would be the case. The four Atlantic provinces and the province of Alberta have a program which is voluntarily accessible to any citizen who wants to go into it. However some do not go in and they could be exposed to these high costs.

**Senator Morin:** That is a special issue. They make that choice.

Am I correct in saying that Alberta subsidizes a private company?

**Mr. Traversy:** Yes.

Si on descend à 10 000,00 \$, c'est plusieurs centaines de millions de dollars. Et si on descend à 6 000,00 \$, qui serait peut-être un régime catastrophe, uniquement pour le Québec, ce serait de l'ordre de 1 milliard \$.

Donc, plus votre régime catastrophe est généreux, plus les coûts augmentent et de façon exponentielle.

[Traduction]

**M. Traversy:** Monsieur le président, je peux vous donner quelques exemples du coût faramineux de ces médicaments. On a récemment procédé à une étude nationale de la fréquence de répartition des frais de médicaments élevés et l'on m'a dit qu'entre un et deux pour cent des malades dépassaient le seuil de 5 000 \$ de médicaments par an. Il faut bien voir, cependant, que ces un ou deux pour cent de malades représentent 15 à 20 p. 100 du coût total du remboursement des médicaments par le régime.

**Le sénateur Morin:** Il en est ainsi pour tous les coûts de la santé.

**Le président:** Voilà qui confirme à n'en pas douter la nécessité de mettre en place un régime en cas de catastrophe. Vous nous dites que un à deux pour cent des malades représentent 15 à 20 p. 100 du coût des médicaments. C'est exactement le genre de personnes que le gouvernement devrait aider.

Puis-je vous proposer que dans la quinzaine qui vient votre personnel et le nôtre se réunissent pour jeter les bases d'un tel régime? Il faudrait qu'Yves fasse partie de ce groupe parce qu'il est important d'avoir quelqu'un qui connaisse le modèle québécois.

**M. Daniels:** Nous le ferons avec plaisir. Je tiens toutefois à préciser que les grandes lignes d'un régime adapté aux cas graves existent déjà. On a beaucoup réfléchi à ce genre de modèle et beaucoup travaillé dans ce sens. On ne part pas de zéro. En plus des analyses critiques et des renseignements pratiques que nous ont fourni les milieux spécialisés du Québec, nous avons beaucoup oeuvré à la mise en oeuvre d'un régime s'appliquant aux cas graves.

**Le président:** Je vous remercie.

**Le sénateur Morin:** Combien de provinces n'ont pas de régime s'appliquant aux cas graves? Je veux parler du genre de cas où une personne risque de sortir 5 000 \$ de sa poche pour payer ses médicaments. J'ai l'impression qu'il y a relativement peu de provinces dans ce cas.

**M. Traversy:** Je crois que c'est le cas dans cinq provinces. Les quatre provinces de l'Atlantique et l'Alberta ont des régimes auxquels peuvent volontairement souscrire toutes les personnes qui le souhaitent. Toutefois, elles n'y souscrivent pas nécessairement toutes et elles risquent d'encourir ces coûts élevés.

**Le sénateur Morin:** C'est un cas particulier. C'est elles qui l'ont ce choix.

Est-ce que je me trompe en disant que l'Alberta subventionne une société privée?

**M. Traversy:** Non, c'est effectivement le cas.



**Senator Morin:** It would be ridiculous not to take advantage of that. What percentage of the Canadian population do the Atlantic provinces represent?

**Mr. Daniels:** Less than 20 per cent.

**Senator Morin:** Catastrophic insurance applies to less than 20 per cent of the population.

**The Chairman:** Just so that we are clear: the people in the Atlantic we are talking about have no coverage. My suggestion was that the catastrophic insurance would apply in the case of the example in our report, where someone has a drug plan, but the co-payment portion of the drug plan is still catastrophic. It is the 1 per cent or the 2 per cent that I am worried about.

**Senator Morin:** I am certain that this would not apply to Quebec, and that it would not apply to those people in Alberta who are covered. At least two provinces are out.

**The Chairman:** I am sorry, but that is wrong. Please understand the difference. The difference is whether you have no coverage, or whether you have to pay a co-payment. Under the Alberta Blue Cross plan it is a co-payment system.

**Senator Morin:** There is no cap on the co-payment.

**The Chairman:** That is the problem.

**Senator Morin:** Is Quebec the only province with a cap on the co-payment?

**Mr. Daniels:** No, I think B.C. may have a cap on total exposure. They have just raised it from \$800 to \$2,000. However, if I recall correctly, it does not kick in until quite late in the day.

**Mr. Traversy:** Ontario has the Trillium Plan which is intended to assist those who face expenditures above 4 per cent of their total income. That is not a plan, however, that is necessarily universally known. In a number of provinces you could find public programs that have an upper limit. That, as the Chairman has mentioned, is not the same as saying that all citizens would have knowledge of and/or access to those provincial plans. People can be in a very good private plan, but still face a significant burden through co-payments and whatnot.

**Senator Morin:** Even if we do have a catastrophic plan, we must consider what the various provinces are already offering.

**Mr. Traversy:** Absolutely.

**Senator Morin:** What is the industry position on the Alberta plan? Here we are subsidizing private industry. That is not one of our options. What is your opinion of that, Mr. Daniels?

**Mr. Daniels:** Mr. Chairman, the industry is quite comfortable with the arrangement in Alberta. Alberta deals effectively with its own company on this. Of course, you can find us quarrelling about the fact that the majority of my members do not get to compete.

**Le sénateur Morin:** Il serait ridicule de ne pas tirer parti de cette solution. Quelle est la part de la population canadienne représentée par les provinces de l'Atlantique?

**M. Daniels:** Moins de 20 p. 100.

**Le sénateur Morin:** L'assurance prévue dans les cas graves s'applique à moins de 20 p. 100 de la population.

**Le président:** Pour que tout soit bien clair, la population des Maritimes dont nous parlons n'a aucune couverture. Je propose que l'assurance en cas de catastrophe s'applique dans les cas visés par votre rapport, lorsqu'une personne a souscrit à un régime d'assurance-médicaments, mais que la quote-part qu'elle doit payer elle-même reste bien trop élevée. Ce sont ces un ou deux pour cent de la population qui m'inquiètent.

**Le sénateur Morin:** Je suis certain que ça ne s'appliquerait pas au Québec ou à la population de l'Alberta, qui est couverte par un régime. Ces deux provinces au moins ne sont pas visées.

**Le président:** Excusez-moi, mais c'est faux. Il vous faut bien comprendre la différence. La différence, c'est entre l'absence de couverture et la nécessité de payer une quote-part. Sous le régime de la Croix Bleue de l'Alberta, il y a une cote-part à payer.

**Le sénateur Morin:** La cote-part n'est aucunement plafonnée.

**Le président:** Tout le problème est là.

**Le sénateur Morin:** Le Québec est-elle la seule province à plafonner la quote-part?

**M. Daniels:** Non. Je pense que la Colombie-Britannique plafonne éventuellement le total des frais. Elle vient de relever ce plafond de 800 \$ à 2 000 \$. Toutefois, si je me souviens bien, ce plafond n'intervient que très tard.

**M. Traversy:** L'Ontario a le régime Trillium, qui vise à aider les personnes dont les frais se montent à plus de quatre pour cent de leur revenu. Ce n'est pas un régime, toutefois, que tout le monde connaît nécessairement. Dans un certain nombre de provinces, on trouve des régimes publics qui comportent un plafond. Comme vient de le dire le président, cela ne signifie pas, cependant, que tous les citoyens en ont connaissance et qu'ils peuvent se prévaloir de ces régimes provinciaux. Il peut y avoir des gens qui ont souscrit à un excellent régime privé tout en devant supporter un fardeau très lourd sous forme de paiement d'une quote-part, par exemple.

**Le sénateur Morin:** Même si nous mettons en place un régime s'appliquant aux cas graves, nous devons tenir compte de ce que les provinces offrent déjà.

**M. Traversy:** Bien évidemment.

**Le sénateur Morin:** Que pense votre industrie du régime de l'Alberta? Dans cette province, nous subventionnons l'industrie privée. C'est l'une des possibilités qui s'offre à nous. Qu'en pensez-vous, monsieur Daniels?

**M. Daniels:** Monsieur le président, notre secteur est très satisfait des dispositions qui ont été prises en Alberta. L'Alberta a bien su régler le problème avec l'entreprise qu'elle s'est choisie. Bien entendu, vous nous entendrez nous plaindre du fait que la majorité des membres de mon industrie n'ont pas pu participer à l'opération.

**Senator Morin:** Would you favour that? Can you compare that to a mixed plan like the one that Mr. Millette was describing?

**Mr. Daniels:** I do not think it makes sense to make changes in a system that is working relatively well. Overall, as we have said, we have a good complementarity between the core public programs and the envelope of private programs that fit around that. Our companies try to make the systems we have in place now work better, which is what gave rise to the situation in Quebec. I am not quite sure, in historical terms, what gave rise to the Alberta model. I do not know what it was that led Alberta to want to deal with a local company, but I can guess what it was, and that is not an unfamiliar situation in Canada.

By and large, we want to use mechanisms that are already in place, mechanisms that we understand, and that, quite frankly, work. I cannot recall a time when our industry councils have suggested that we toss out a system and start with something new.

[Translation]

**Senator Morin:** I have one last question for Mr. Millette. You gave us a clear description of the advantages of Quebec's drug insurance system. The major drawback that people find is that a contribution is also required of people receiving social assistance and of elderly people with low incomes.

Perhaps more will be said about this later, but research does point to a decline in the health of elderly people, since they began to contribute in a way that was not required of them before this plan went into effect.

I would like to have your thoughts on that matter and also on the fact that although government expenses are going up, these expenses are not increasing as quickly now that low income social security recipients and elderly people have seen their premiums go up under the co-payment system.

In the first year of operation, the government of Quebec made a significant profit because of the \$100 deductible and the co-payment scheme for elderly people.

**Mr. Millette:** We believe that the main problem with the Quebec's plan is that it includes under one program both drug expense refunds and an assistance plan.

We believe that Quebec's plan should keep those two aspects separate. We feel that the financial assistance plan should come under a tax program instead of being funded under the drug insurance plan since that completely distorts the figures and prevents us from knowing exactly how much is being paid out for drug expenses.

What most people criticize in Quebec's plan however is the insufficient level of assistance, at least as far as certain people are concerned.

**Le sénateur Morin:** Est-ce que vous y seriez favorable? Pouvez-vous rapprocher cette solution d'un régime mixte s'apparentant à celui qu'a décrit M. Millette?

**M. Daniels:** Je ne pense pas qu'il soit bon d'apporter des changements à un régime qui fonctionne relativement bien. Dans l'ensemble, nous l'avons dit, il y a une bonne complémentarité entre les régimes publics de base et tout l'éventail des régimes complémentaires privés. Les entreprises de notre secteur s'efforcent d'améliorer le fonctionnement du système en place, ce qui a entraîné la création du modèle québécois. Je ne sais pas exactement quel est l'historique du modèle de l'Alberta. Je ne sais pas ce qui a amené l'Alberta à vouloir collaborer avec une société locale, mais je peux imaginer que ce sont des raisons qui s'apparentent à celles qui doivent nous amener à agir à l'échelle du Canada.

Dans une très large mesure, nous voulons tirer parti des mécanismes déjà en place, des mécanismes que nous comprenons et qui, je vous l'avoue bien franchement, ont fait leurs preuves. Je n'ai pas souvenir que nos syndicats d'entreprise aient jamais proposé que l'on se débarrasse purement et simplement du système pour en adopter un tout nouveau.

[Français]

**Le sénateur Morin:** J'aurais une dernière question à poser à M. Millette. Vous avez très bien décrit les avantages du système québécois. L'inconvénient majeur du système québécois pour lequel on nous a reproché, c'est le fait d'imposer de la coassurance aux assistés sociaux et aux personnes âgées à faible revenu.

En effet, il y a eu des recherches, et on va peut-être en entendre parler plus tard, qui ont montré qu'en fait il y a eu détérioration de l'état de santé des personnes âgées, en particulier lorsqu'on leur a imposé la coassurance qui n'existait pas autrefois avant l'introduction du plan.

J'aimerais d'abord avoir vos commentaires là-dessus et aussi sur le fait que, pour l'État, les coûts ont augmenté mais ils augmentent moins depuis que les personnes à faible revenu, bénéficiaires de la Sécurité sociale, et l'ensemble des personnes âgées payent une coassurance beaucoup plus importante.

Dès la première année, le gouvernement du Québec a réalisé un profit considérable avec l'introduction du plan, à cause de la franchise et de la coassurance pour les personnes âgées.

**M. Millette:** Nous pensons que le principal problème du régime québécois en est un d'avoir mis ensemble le financement d'un programme de remboursement de médicaments et l'assistance donnée aux gens.

Nous croyons que le régime québécois devrait séparer les deux choses. Et l'assistance financière devrait émaner purement et simplement d'un programme fiscal et non pas être versée à même, ce qui fausse complètement la connaissance qu'on peut avoir des coûts exacts du régime en matière de médicaments.

Ceci étant dit, je pense aussi que ce qu'on reproche le plus au régime québécois, c'est l'insuffisance de l'assistance qui est accordée, du moins à certaines personnes.



The support given to social assistance recipients is significant, however. The great majority of them will end up not having to pay the premium themselves and most will have to pay not \$750.00 a year, but \$200.00 only.

So the premium is subsidized as are some of the drug expenses incurred by people receiving assistance.

What people most dislike about the drug insurance plan, I think, is the \$8.33 a month that they have to pay. But there might be a way of overcoming that.

[English]

**Senator Keon:** Can I shift the focus, gentlemen, to another area of catastrophe, and that is out-of-country health catastrophes that are causing tremendous problems for people now? I am talking about someone who has been buying supplemental insurance, has a heart attack, and has to travel out of the country often and cannot get appropriate insurance coverage. That person faces financial ruin if he is caught with a health catastrophe in a foreign country. In your executive summary you mention that supplementary health insurance plans can deal with out-of-country health care. They can certainly deal with most circumstances, but they cannot deal with a catastrophic situation. Where does the solution lie?

**Mr. Daniels:** I will make a couple of remarks, and I will ask my colleague, Mr. Frank Fotia, Vice-President of Group Insurance and Pensions, to speak to the details of group plans.

It is my understanding of the characteristics of most group plans that they do not put any limits on pre-existing conditions. If a retiree with a heart condition has a group plan with no limits, he can pretty much travel. However, if there are limits on the group plan, and he has to buy private coverage then, as costs go up abroad, the costs of getting coverage like that will be higher. In some cases it is impossible to get that coverage.

**Mr. Frank Fotia, Vice-President of Group Insurance and Pensions, Canadian Life and Health Insurance Association Inc.:** For the most part, as Mr. Daniels mentioned, in a group plan this is not an issue. The issue that you raised deals primarily with retirees who no longer have access to coverage through a group plan. Having some experience in the travel insurance industry, I can say that most people over 65 who are at least medically stable have access to out-of-country medical insurance through a variety of providers, albeit their assessed premium is based on their individual risk. The greater the risk factor that they present, the greater the premium.

A very small percentage of travellers, because of their pre-existing health conditions, are virtually uninsurable. It is extremely difficult for that small percentage to get coverage simply because of the risk factors and the enormous cost that

L'assistance qui est accordée est tout de même importante en ce qui a trait aux assistés sociaux. La très grande majorité ne paieront pas de prime et la plupart vont être soumis à un maximum de remboursement de 200,00 \$ par année et non pas 750,00 \$.

Donc, il y a des subventions autant à la prime, au paiement de la prime, que des subventions aux déboursés que les gens doivent faire.

La principale critique du régime, je pense bien, c'est le 8,33 \$ par mois que les gens sont obligés de déboursier. Mais il y a peut-être des façons de régler ce problème-là.

[Traduction]

**Le sénateur Keon:** Permettez-moi d'aborder, messieurs, un autre type de catastrophe, lorsqu'une personne qui voyage à l'étranger se trouve dans une situation difficile. Je veux parler d'une personne qui a souscrit une assurance complémentaire, qui subit une attaque cardiaque, qui doit voyager souvent à l'étranger et qui ne peut pas obtenir une bonne couverture d'assurance. Une telle personne peut être ruinée si elle tombe gravement malade dans un pays étranger. Dans votre résumé, vous nous dites que les régimes complémentaires d'assurance-santé peuvent couvrir les soins de santé dispensés à l'étranger. C'est certainement le cas dans la plupart des circonstances, mais pas quand la situation est grave. Où est la solution?

**M. Daniels:** Je ferai une ou deux observations et je laisserai ensuite à mon collègue, Frank Fotia, qui est vice-président des assurances collectives et des pensions, le soin de vous exposer en détail les régimes d'assurances collectives.

Je crois savoir que la plupart des régimes d'assurance ne prévoient aucun plafond pour ce qui est des conditions préexistantes. Si un retraité qui a une maladie cardiaque a souscrit à un régime collectif sans plafond, il n'a aucun problème pour voyager. Toutefois, si ce régime collectif prévoit des plafonds et s'il lui faut alors souscrire une assurance privée, la prime sera alors plus élevée étant donné que les coûts augmentent lorsqu'on est à l'étranger. Dans certains cas, il lui sera impossible de souscrire cette assurance.

**M. Frank Fotia, vice-président des assurances collectives et des pensions, Association canadienne des compagnies d'assurance de personnes Inc.:** Dans la plupart des cas, comme l'a indiqué M. Daniels, il n'y a pas de problèmes avec les assurances collectives. Le problème que vous soulevez a trait essentiellement aux retraités qui ne sont plus assurés par un régime collectif. Je connais assez bien l'industrie de l'assurance voyage et je peux vous dire que la plupart des personnes de plus de 65 ans dont la santé est au moins stable peuvent souscrire une assurance médicale à l'étranger en passant par différents fournisseurs, mais la prime qu'elles devront payer sera calculée en fonction de leurs risques individuels. Plus elles présentent des risques, plus la prime sera élevée.

Un très faible pourcentage de voyageurs, du fait de leur état de santé préexistant, sont pratiquement non assurables. Il est extrêmement difficile pour un petit nombre d'entre eux de souscrire une assurance en raison tout simplement des risques

would be associated with a medical emergency. I can assure you that they represent a very small minority.

**Senator Keon:** However, a fairly significant group of people falls into that category. I am thinking of the small businessman who is self-employed, who is not part of a large corporation and a group plan, and who has to travel for his livelihood. I am also thinking of the seniors that I have come in contact with, many of whom are women who were housewives and who raised their families in the traditional way. They were buying supplemental insurance when they travelled but, if they suddenly got a serious diagnosis, they could not get insurance. I believe that this is a serious problem that we, as a society, have to address.

**Mr. Daniels:** You certainly raise an issue of real importance. The question of out-of-country medical insurance did not become an issue until provincial plans started dropping. You will recall that, in the province of Ontario, that at first it was unlimited and we were a cash cow for the Florida hospital system. Then we moved to \$400 a day, and now we are at \$100 a day, or whatever it is. Of course, into the breach step the private carriers.

That did not present a problem for the group plan holders. Of course, when dealing with individual coverage, then the carriers do not have experience ratings, so they will price as best they can. The dimension of the problem that you have raised, senator, put in a demographic context, means that the problem will not go away. It will get bigger.

Not to beg a question, because I certainly have no answer for it, but I thought you were going to ask me about terrorism insurance. It is a huge issue. There are terrorism exclusions in most travel contracts. They are not being enforced this time around, but they certainly will be in the future. I cannot imagine that new contracts that are being written that have such exclusions will not have meaning. It is not just the 65-year-old man with a heart condition who has to travel that we have to think about, we also have to think of the 35-year-old person who is travelling abroad and cannot get terrorism coverage.

If you push, Mr. Chairman, you will see how integral to the fabric of society is not just coverage for this sort of thing, but perhaps, more broadly, the huge issue of property and casualty, and the whole issue of how much we depend upon being able to offset risk with insurance. If there are risk categories that all of a sudden become uninsurable for one reason or another, then you have a real issue. You have, for example, the move that the United States Congress is currently taking to underwrite terrorism clauses. We will see many moves like that. A piece of this concerns the issue that caused you to raise the first question.

qu'ils présentent et du coût énorme d'une intervention médicale d'urgence. Je peux vous assurer qu'ils ne représentent qu'une très faible minorité.

**Le sénateur Keon:** Il n'en reste pas moins qu'un nombre non négligeable de personnes relèvent de cette catégorie. Je pense aux petits entrepreneurs qui travaillent à leur compte, qui ne font pas partie d'une grande entreprise ou d'un régime collectif et qui doivent voyager pour leur travail. Je pense aussi aux personnes âgées avec lesquelles je suis en contact, souvent des femmes qui sont restées à la maison et qui se sont occupées de leur famille sur le mode traditionnel. Elles souscrivaient une assurance complémentaire lorsqu'elles voyageaient mais soudainement, à partir du moment où elles présentent un risque sérieux, elles ne sont plus assurables. Je pense que c'est un grave problème que notre société doit corriger.

**M. Daniels:** Vous venez bien sûr d'évoquer un problème très important. La question de l'assurance médicale à l'étranger n'est devenue un problème qu'à partir du moment où les régimes provinciaux ont baissé le taux de couverture. Souvenez-vous qu'en Ontario, les taux de couverture étaient au départ illimités, ce qui a rempli les coffres du réseau hospitalier de la Floride. Il est tombé ensuite à 400 \$ par jour et nous en sommes aujourd'hui à 100 \$ par jour environ. Bien entendu, les entreprises privées s'engouffrent dans la brèche.

Ce n'était pas un problème pour les assurer au sein d'un régime collectif. Bien évidemment, lorsqu'il s'agit d'une assurance individuelle, le fournisseur n'a pas l'expérience actuarielle voulue et il fixe donc le montant des primes du mieux qu'il peut. Lorsqu'on replace le problème que vous venez d'évoquer, sénateur, dans son contexte démographique, on voit qu'il ne va pas disparaître. Il ne va qu'empirer.

Vous ne me l'avez pas demandé et je n'ai certainement pas la réponse, mais je pensais que vous alliez me poser la question de l'assurance contre le terrorisme. C'est un énorme problème. Il y a des clauses excluant les conséquences du terrorisme dans la plupart des contrats de voyage. Elles ne sont pas appliquées pour l'instant, mais elles le seront certainement à l'avenir. Je ne peux pas imaginer que les nouveaux contrats comportant de telles clauses excluant les actes de terrorisme n'aient pas d'application à l'avenir. Il ne faut pas seulement penser aux voyageurs de 65 ans qui ont le cœur faible, mais aussi à ceux de 35 ans qui se rendent à l'étranger et qui ne peuvent pas s'assurer contre le terrorisme.

En poussant les choses un peu plus loin, monsieur le président, vous constaterez que ce n'est pas simplement la couverture de ce genre de risque qui remet en cause la cohésion de notre société, mais éventuellement, sur un plan bien plus large, que le principe même de l'assurance des personnes dépend de notre capacité à compenser le risque par l'assurance. Si certaines catégories de risque deviennent soudainement non assurables pour une raison ou pour une autre, on se retrouve devant un véritable problème. On peut voir aujourd'hui, par exemple, que le Congrès des États-Unis s'apprête à réassurer les actes de terrorisme. Nous assisterons à de nombreuses initiatives de ce genre. C'est en partie ce genre de préoccupations qui vous a amenés à soulever la première question.



I am not aware of any comprehensive fix for all this. There is none. There is no question that the industry is certainly seized by these issues.

**Senator Robertson:** Gentlemen, we talked about single seniors who find it difficult to obtain coverage because of age and illness, or identifiable illness. What percentage of those single seniors is rejected?

**Mr. Fotia:** My understanding is that it is less than 10 per cent. These coverages are individually underwritten based on a risk factor.

It is a very competitive industry. There are many providers. Even though a person may have a pre-existing health condition, provided that they have demonstrated a period of medical stability where they are physically capable of travelling, and have a good likelihood of travelling and enjoying themselves and remaining well, they will get coverage, albeit it will be a fair bit more expensive than a healthy individual of the same age group, or someone younger.

**Mr. Daniels:** May I just add parenthetically, that I think it is also true that the companies are dealing with this in part by limiting the amount of time you can spend out of the country. There are various ways of shaving down the exposure. As you know, some companies will not insure a traveller for more than a few weeks.

**Senator Robertson:** I am asking this because next week the president of a group of "snowbirds" will undoubtedly raise this question before our committee.

You mentioned that the recipients of social assistance were looked after by the department. How do you handle the large number of seniors who have very limited incomes in Quebec? Most of their revenues would come from the federal government and not the provincial government.

**Mr. Millette:** The same scale of revenue is used for the seniors as for people in the welfare system.

**Senator Robertson:** They would have to apprise the federal government, since their social security comes from the feds.

**Mr. Millette:** The disclosure is made when the senior first buys drugs at the pharmacy. Otherwise it is made in the tax return.

**Senator Robertson:** Does the industry have any problems with travellers buying more than one single protection plan from more than one insurance company? Is that legal, or is that limited?

**Mr. Fotia:** There is nothing illegal about ensuring that you have as much protection as possible, Senator. However, there is a coordination of benefits clause in these agreements so that, if there is duplication of payments, the companies will work together to ensure that they are not all paying the same loss, and that they are coordinating their payments.

Je ne connais pas de solution magique en la matière. Il n'y en a pas. Il est indéniable que notre industrie est très préoccupée par ces questions.

**Le sénateur Robertson:** Messieurs, nous venons d'évoquer les personnes âgées qui ne peuvent pas obtenir une assurance individuelle en raison de leur âge ou du fait qu'elles sont malades. Quel est le pourcentage de personnes âgées refusées de cette manière?

**M. Fotia:** Je crois savoir que c'est moins de 10 p. 100. Il s'agit d'assurances individuelles tenant compte du facteur de risque.

L'industrie est très concurrentielle. Il y a de nombreux fournisseurs. Même si sa santé est mauvaise au départ, il suffit qu'une personne soit restée dans un état stable pendant une certaine période, qu'elle soit physiquement en mesure de voyager et qu'elle ait une bonne probabilité de profiter de son voyage et de rester en santé, pour qu'elle soit assurée, même si ça va lui coûter nettement plus cher qu'à une personne plus jeune ou qu'à une personne de son âge jouissant d'une bonne santé.

**M. Daniels:** J'aimerais ajouter entre parenthèses qu'il est vrai aussi, à mon avis, que les entreprises règlent en partie ce problème en limitant la durée des voyages à l'étranger. Il y a différentes façons de limiter les risques. Vous n'ignorez pas que certaines entreprises n'assurent pas les voyageurs plus de quelques semaines.

**Le sénateur Robertson:** Je vous pose la question parce que la semaine prochaine, le président d'un groupe de personnes qui «migrent» chaque année à l'étranger ne va pas manquer de l'évoquer devant notre comité.

Vous nous avez indiqué que les bénéficiaires de l'assurance sociale étaient pris en charge par le ministère. Comment réglez-vous la situation du grand nombre de personnes âgées qui n'ont que des revenus très limités au Québec? Une grande partie de leur revenu provient du gouvernement fédéral et non pas de la province.

**M. Millette:** Le même barème de revenu est utilisé pour les personnes âgées et pour les bénéficiaires de l'assurance sociale.

**Le sénateur Robertson:** Il leur faut faire appel au gouvernement fédéral étant donné que leurs chèques de sécurité sociale proviennent du fédéral.

**M. Millette:** Le dossier est ouvert lorsque la personne âgée achète au départ les médicaments à la pharmacie. Sinon, ça se fait par l'intermédiaire de la déclaration fiscale.

**Le sénateur Robertson:** Est-ce que votre industrie a des difficultés avec les voyageurs qui souscrivent plusieurs assurances auprès de plusieurs sociétés d'assurances? Est-ce que c'est légal, où est-ce qu'il y a une limite?

**M. Fotia:** Il n'est absolument pas illégal de faire en sorte que l'on ait la meilleure protection possible, sénateur. Toutefois, ces contrats comportent une clause de coordination des prestations qui fait que lorsqu'il y a double emploi, les entreprises s'entendent de manière à ne pas rembourser deux fois le même préjudice et harmonisent leurs paiements.

**Senator Maheu:** I have a brief question on snowbirds coverage.

**Senator Morin:** You can see where our interest lies.

**The Chairman:** It says something about our age.

**Senator Maheu:** We happen to be well protected right now. With snowbirds I have heard that some snowbirds who are travelling to the United States are not insuring for the full length of their stay. They are starting to insure the last three months of their six-month stay. Is that legal? I know that is happening.

**Mr. Fotia:** People buying the insurance may be buying it for that period of time because they are declaring that that is the period of time they will be travelling. I would strongly advise them not to do that because it raises a misrepresentation issue. For their own protection, they should be forthright and honest on their application form as to when they are travelling, and for how long they are travelling.

**Senator Maheu:** I know of some who are doing it because of the cost element.

**Mr. Fotia:** The potential costs at the other end would be far greater than the few extra hundred dollars of premium they may have to pay at the outset.

**Mr. Daniels:** This is important counsel from a former practitioner. It makes no sense at all for people to ever misrepresent their intentions because, when they do that, the companies will clamp down on them. They do it not to be mean, but because, when they price these things, they price them for everybody and, if they independently start veering away from the terms of the contract, they will be putting all their policyholders at risk.

**The Chairman:** In closing I would just note that, when we meet, the more you can tell us about who the 1 to 2 per cent are who are costing 15 to 20 per cent of the cost, the better. We need to identify them, because they would be our target group.

I completely buy Mr. Millette's point, which is that we want to separate an income support program from an insurance program. We are in the insurance business, not the income support business.

Finally, just to put the generosity of the Quebec program in perspective, because Mr. Millette said the maximum payment anybody pays for drugs is \$750 a year; in Saskatchewan seniors pay a premium — not a maximum — of \$1,600 a year, going up to \$2,000, for drug coverage. That is paid twice a year — \$800 up to \$1,000 every six months. Effectively, that is an insurance premium that seniors pay.

I want to put that in perspective with respect to Saskatchewan, where you would expect, intuitively, the number to be lower. I want to point out how effective or generous — and I do not mean "generous" in a pejorative sense — the Quebec plan is. We were

**Le sénateur Maheu:** J'ai une petite question à vous poser au sujet de l'assurance des retraités qui migrent.

**Le sénateur Morin:** On sent que ça vous intéresse.

**Le président:** Ça dit bien notre âge.

**Le sénateur Maheu:** Il semble que nous soyons bien protégés à l'heure actuelle. J'ai entendu dire que certains retraités qui migrent aux États-Unis ne s'assurent pas pour toute la durée de leur séjour. Ils ne commencent à s'assurer qu'à partir des trois derniers mois d'un séjour de six mois. Est-ce légal? Je sais que ça se fait.

**M. Fotia:** Ceux qui souscrivent une telle assurance le font peut-être parce qu'ils déclarent que c'est là la période pendant laquelle ils vont voyager. Je leur déconseille fortement de le faire parce qu'ils donnent ainsi une idée fausse de leur situation. Pour leur propre protection, il faut qu'ils fassent preuve d'honnêteté et qu'ils disent franchement dans leur formule de demande où ils vont voyager, et pendant combien de temps.

**Le sénateur Maheu:** Je sais que certains le font en raison du coût que cela représente.

**M. Fotia:** Les coûts pourraient être bien plus élevés a posteriori comparativement aux quelques centaines de dollars supplémentaires de prime qu'il leur faut payer au départ.

**M. Daniels:** Il s'agit là d'un conseil important qui nous vient d'un ancien professionnel. Les gens n'ont absolument aucun intérêt à tromper les sociétés d'assurances au sujet de leur situation parce que s'ils le font, ces dernières vont riposter. Elles ne le feront pas par volonté de nuire mais parce que, lorsqu'elles établissent le prix de ces prestations, elles le font pour tout le monde et, si elles s'écartent des clauses assurant la rentabilité de certains contrats, elles font courir des risques à tous leurs autres détenteurs de police d'assurance.

**Le président:** En guise de conclusion, je vous rappelle simplement que lorsque nous nous reverrons, plus vous pourrez nous donner de précisions sur les un ou deux pour cent de personnes qui représentent 15 à 20 p. 100 des coûts, mieux ce sera. Nous avons besoin de les identifier, parce que ce sera notre groupe cible.

Je suis tout à fait d'accord avec l'analyse de M. Millette, qui nous dit qu'il ne faut pas confondre un programme de soutien des revenus avec un programme d'assurance. Nous nous occupons ici d'assurance et non pas de soutien des revenus.

Enfin, pour mettre simplement en relief la générosité du programme québécois, étant donné que M. Millette a déclaré que le maximum que pouvait payer une personne en frais de médicaments était de 750 \$ par an; en Saskatchewan, les personnes âgées versent une prime — ce n'est pas un maximum — de 1 600 \$ par an, qui peut aller jusqu'à 2 000 \$, au titre de l'assurance médicaments. Il y a deux paiements semestriels — 800 \$ pouvant aller jusqu'à 1 000 \$ tous les six mois. C'est en fait la prime d'assurance que versent les personnes âgées.

Il faut remettre les choses en perspective en ce qui concerne la Saskatchewan, où l'on peut penser, intuitivement, que les chiffres sont moins élevés. Je tiens à signaler à quel point le régime québécois est efficace et généreux — et le terme «généreux» n'a



quite startled by the Saskatchewan numbers, and stories about people having to decide whether they were going to buy food or pay their insurance premium at the end of the month.

Do you have any last comments?

**Mr. Daniels:** I just want to thank you and your colleagues for giving us the opportunity to flight-test some of these really important ideas today. I would also thank you for this opportunity to inform you on these issues that will be a matter of critical public policy and industrial policy. This forum is as good as it always was.

**The Chairman:** Thank you for coming. We will have many more conversations with you. Yves, it was nice to meet you.

Senators, our next panel consists of Dr. Margaret Somerville, a professor of Law at McGill, and acting director of the McGill Centre for Medicine, Ethics and Law. As some of you will recall, she has testified before us before: Dr. Robyn Tamblyn, associate professor of the Faculty of Medicine at McGill University; and Mr. Kevin Skilton, the Director of Policy Planning for Merck Frosst.

Professor Somerville is an ethicist.

If we have time at the end, there is one question I want to ask you which does not relate to this. Alternatively, I will phone and ask you my question.

Mr. Skilton will begin.

**Mr. Kevin Skilton, Director of Policy Planning, Merck Frosst Canada Ltd.:** I want to thank you, Mr. Chairman, and the committee at large for the efforts and the energies that you are putting into this process, a process which is very important for Canadians, and very important for industry.

Mr. Chairman and honourable senators, I just want to echo some of the comments made by the previous panel.

I read your "Issues and Options" paper with great interest. It is an outstanding piece of work. I was particularly pleased to note the emphasis that the committee has placed on the use of evidence to guide decision making. I was also intrigued to see the word "behaviours" being used in the "Issues and Options" paper because I believe it shows an awareness of the complex interplay between what it is we aim to achieve and the policies that we work with, and the intended and unintended behaviours that happen at the end of the day.

It also shows a deep understanding and appreciation for the need to carefully think through both the issues and the options, and the need to rally stakeholders around a common goal. If, at the end of the day we do not find a way to work together, we will continue to do what we have been doing for the last several years, which is really working against one another.

aucune connotation péjorative dans mon esprit. Nous avons été très étonnés par les chiffres correspondant à la Saskatchewan et par la situation de certaines personnes, qui ne savent pas à la fin du mois si elles doivent acheter à manger ou payer leur prime d'assurance.

Avez-vous quelques derniers commentaires à faire?

**M. Daniels:** Je tiens simplement à vous remercier, vous et vos collègues, de nous avoir donné la possibilité de brasser aujourd'hui toutes ces idées importantes. Je tiens aussi à vous remercier de nous avoir donné l'occasion de vous informer des questions qui revêtiront une grande importance pour les politiques publiques et les orientations données à notre secteur. Votre institution continue à jouer le rôle fondamental qui est le sien.

**Le président:** Je vous remercie d'être venus. Yves, ce fut un plaisir de vous rencontrer.

Sénateurs, notre prochain groupe de témoins se compose de la Dre Margaret Somerville, professeure de droit à l'Université McGill et directrice intérimaire du Centre for Medicine, Ethics and Law de McGill. Certains d'entre vous se souviendront qu'elle est déjà venue témoigner devant notre comité. Nous avons aussi le Dr Robyn Tamblyn, professeur agrégé de la faculté de médecine de l'université McGill, et M. Kevin Skilton, directeur, Politiques et planification, chez Merck Frosst.

La professeure Somerville est une spécialiste de l'éthique.

Si nous en avons le temps à la fin, j'aimerais vous poser une question qui n'a rien à voir avec notre sujet. Sinon, je vous téléphonerai pour vous la poser.

Nous allons commencer par M. Skilton.

**M. Kevin Skilton, directeur, Politiques et planification, Merck Frosst Canada Ltée:** Je tiens à vous remercier, monsieur le président, vous ainsi que l'ensemble des membres du comité, pour avoir consacré tant d'efforts et d'énergie à cette opération très importante pour la population canadienne, et très importante pour notre secteur d'activité.

Monsieur le président, honorables sénateurs, je vais me faire l'écho de certains commentaires du groupe de témoins qui nous a précédés.

J'ai lu avec un grand intérêt votre document d'orientation. C'est un excellent travail. J'ai particulièrement apprécié le fait que votre comité insiste sur le recueil de données tirées de l'expérience pour orienter ses décisions. J'ai par ailleurs été intrigué par le fait que l'on utilisait le terme de «comportements» dans le document d'orientation parce que cela prouve, à mon avis, que vous avez conscience de la complexité des interactions entre l'objectif que nous cherchons à atteindre et les politiques qu'il nous faut respecter, ainsi qu'avec les comportements intentionnels ou imprévus que l'on constate au bout du compte.

On constate par ailleurs que les auteurs de ce document ont bien apprécié et compris la nécessité de réfléchir en profondeur aux enjeux et aux différentes options qui s'offrent à nous et de rallier les différentes parties prenantes autour d'un objectif commun. Si nous ne réussissons pas finalement à travailler ensemble, nous continuerons à faire ce que nous avons fait toutes

The content of my presentation is reflected in its title, "Towards Evidence-Based Pharmaceutical Policy." My goal is to contribute to the base of evidence that the committee needs for its deliberations. I believe that the evidence presented may persuade the committee to expand, if not redirect, the options presently being considered.

The committee has chosen to focus on two areas: one, a need to contain cost, contrasted by, two, the need to expand coverage. The committee has stated that its present direction is to increase regulation and controls in the drug industry. Rather than debate whether this is right or wrong, I would like to ensure that the committee has a clear understanding of the regulatory environment in which drugs are managed in Canada. If I were to conclude my presentation at this moment, I would conclude with the following:

From an economic perspective the regulatory and policy environment is hindering Canada's ability to compete internationally for investments in pharmaceutical research and development.

From a health care perspective, the management of new drugs is contributing to sub-optimal outcomes for patients, and sub-optimal value for the health care system.

Finally, solutions do exist that can unite the interests of patients, providers, payers and industry in a collective effort that drives toward a proper focus on cost rooted in a culture of evidence. This is what we call patient health management.

**The Chairman:** Are you going to read the whole brief?

**Mr. Skilton:** No, I am not.

**The Chairman:** I want to make absolutely sure we have time for questions.

**Mr. Skilton:** In each of your packages is all of the evidence to which I will refer. I will proceed to the conclusions that are based on the evidence. There is, however, one part that I would like to deal with before I dive into the health care aspect, and that is the industrial policy aspect and the concept of integrating health and economic policies.

The benefit of ensuring that Canada's health and economic policies are synergistic and not combative is becoming increasingly clear. Changes to the Patent Act in 1987 and 1993 have opened our eyes to what is possible. Today, the innovative pharmaceutical industry invests over \$1 billion a year in R&D, and the industry, clearly, is a cornerstone in the knowledge-based economy in Canada.

ces dernières années, soit en réalité travailler les uns contre les autres.

La teneur de mon exposé peut se déduire de son titre: «Vers une politique pharmaceutique s'appuyant sur des faits.» Je veux m'efforcer de recueillir l'ensemble des éléments de preuve dont a besoin votre comité dans ses délibérations. J'estime que les éléments présentés devraient persuader votre comité d'élargir, sinon de réorienter, les différentes possibilités envisagées à l'heure actuelle.

Votre comité a choisi d'axer son action sur deux domaines: tout d'abord, la nécessité de limiter les coûts, qui contraste, sur un deuxième point, avec la nécessité d'étendre la couverture d'assurance. Votre comité a fait savoir qu'il cherchait actuellement à intensifier la réglementation et les contrôles au sein de l'industrie des médicaments. Plutôt que de chercher à savoir si cette orientation est bonne ou mauvaise, je voudrais m'assurer que votre comité comprend bien quel est le cadre de réglementation qui s'applique aux médicaments au Canada. Si je devais terminer ici mon exposé, je conclurais en ces termes:

D'un point de vue économique, le cadre politique et réglementaire du Canada l'empêche d'exercer sa concurrence au plan international pour ce qui est des investissements réalisés dans la R-D pharmaceutique.

Sur le plan de la santé, la gestion des nouveaux médicaments ne donne pas des résultats optimaux pour les malades et pour le réseau des soins de santé.

Enfin, il existe effectivement des solutions répondant à la fois aux intérêts des malades, des fournisseurs de services, des payeurs et de l'industrie, qui pourraient unir leurs efforts pour mettre en oeuvre une politique consciente des coûts et s'appuyant sur les réalités. C'est ce que nous appelons une politique de gestion de la santé des malades.

**Le président:** Est-ce que vous allez lire intégralement le mémoire?

**M. Skilton:** Non.

**Le président:** Je veux être absolument certain qu'il nous restera suffisamment de temps pour poser des questions.

**M. Skilton:** Dans chacune des troussees d'information que nous vous avons remises, vous trouverez tous les faits auxquels je vais faire allusion. Je vais baser mes conclusions sur des faits. Il y a cependant un élément que je tiens à invoquer avant de me lancer dans l'analyse du secteur des soins de santé, c'est la politique industrielle et la notion d'intégration des politiques économiques et des politiques de santé.

Il apparaît de plus en plus qu'il est profitable de faire en sorte qu'il y ait des synergies et non pas une opposition entre les politiques de santé et les politiques économiques du Canada. Les modifications apportées à la Loi sur les brevets en 1987 et en 1993 nous ont ouvert les yeux sur les possibilités qui s'offraient à nous. Aujourd'hui, une industrie pharmaceutique novatrice investit plus de 1 milliard de dollars par an en R-D et elle constitue de toute évidence l'un des piliers de l'économie du savoir au Canada.



We built the Merck Frosst Centre for Therapeutic Research in 1991. We employ over 300 world-class scientists in our facility in Kirkland. Important discoveries have already been made in the field of asthma with our product Singulair, and in arthritis with our product Vioxx.

We have also built a world-class manufacturing facility, which by 2002 will export over 80 per cent of its production.

Under the head of "A competitive knowledge-based and global economy," we believe that to attract investments requires that we benchmark ourselves on the enabling conditions that position Canada to compete favourably with other countries.

Mr. Chairman, I would draw your attention to a report that was recently launched by the United Kingdom in which they have tabled their competitiveness and performance indicators. They are clearly benchmarking themselves against other countries and positioning their country to compete aggressively for their share of investment of pharmaceutical research and development funds. I will leave that with you.

Similarly, Australia, with its action agenda, is set up to develop key industries including pharmaceuticals. Dr. Henry Friesen who appeared before you earlier said that he thinks the role of the federal government is to articulate the vision for Canada's health care system broadly and in an inspired way, and that we are part of an effort to say that there is so much opportunity in Canada if we can get it right and work together.

The challenge that the federal government has is one of coordination in the development of health and economic policies as we move forward towards a common goal of prosperity for Canada. It is not an easy task, but if you look at the way the United Kingdom is set up, even administratively, they are set up to be somewhat more efficient. That is something that we will have to compete with and try to manage in our own system.

We now get down to the task at hand. The question that the committee posed is: What, if anything, can be done to contain the rate of increase of prescription drug costs and publicly funded plans? It is important to be clear on what the question implies, and what options are open to us as we approach the question from different perspectives. Is the rate of increase of prescription drug costs appropriate, or, put differently, is the use of drugs appropriate?

Let us look at two scenarios. One scenario is: If the evidence supports the appropriate use of drugs and stakeholders conclude that the rate of increase of prescription drug costs is still not sustainable, then clearly this leads down the path of rationing, and perhaps provides the rationale for increased regulation and control. The other scenario is that the evidence supports the appropriate use of drugs and stakeholders conclude that the need

Nous avons bâti en 1991 le Centre Merck Frosst de recherche thérapeutique. Nous employons plus de 300 scientifiques de renommée mondiale dans nos installations de Kirkland. D'importantes découvertes ont déjà été faites dans la lutte contre l'asthme, avec notre produit Singulair, et dans la lutte contre l'arthrite, avec notre produit Vioxx.

Nous nous sommes aussi dotés d'une installation de fabrication d'envergure mondiale, qui exportera en 2002 plus de 80 p. 100 de sa production.

Au chapitre «D'une économie mondialisée et axée sur le savoir», nous considérons que pour attirer les investissements, nous devons nous adapter aux conditions qui permettent au Canada de concurrencer efficacement les autres pays.

J'attire votre attention, monsieur le président, sur un rapport qui vient de paraître au Royaume-Uni et dans lequel ce pays fait état de ses indicateurs de compétitivité et de rendement. Il se situe clairement par rapport aux autres pays et se montre déterminé à exercer sa concurrence pour obtenir sa part des investissements dans la R-D pharmaceutique. Je vous laisse le soin de consulter ce rapport.

De son côté, l'Australie, qui s'est dotée d'un programme d'action, entreprend de développer des secteurs clés, notamment le secteur pharmaceutique. Lorsqu'il a comparu devant votre comité, le Dr Henry Friesen a déclaré qu'il considérait que le gouvernement fédéral avait pour rôle de mettre en place un projet inspiré et de grande portée pour ce qui est du réseau de soins de santé du Canada, et que nous sommes parties prenantes dans une politique affirmant que le Canada a d'énormes possibilités à condition de bien faire les choses et de savoir collaborer.

Le défi que doit relever le gouvernement fédéral est celui de la coordination du développement des politiques économiques et de santé à mesure que nous avançons dans la voie de la prospérité au Canada, qui est notre objectif commun. La tâche n'est pas facile mais, lorsqu'on considère la façon dont s'est organisé le Royaume-Uni, même sur le plan administratif, on peut voir qu'il s'est montré un peu plus efficace. C'est une concurrence qu'il nous faudra relever et nous devrons en tenir compte dans notre propre réseau.

Venons-en maintenant à la tâche qui nous attend. La question que se pose le comité est la suivante: Que peut-on faire éventuellement pour limiter le coût de l'augmentation des médicaments prescrits et des régimes financés par des fonds publics? Il est important de bien comprendre ce que cette question implique et quelles sont les possibilités qui s'offrent à nous lorsqu'on l'examine sous tous ses angles. Est-ce que le taux d'augmentation des médicaments prescrits est raisonnable ou, si l'on veut poser la question différemment, est-ce que l'utilisation que l'on fait des médicaments est raisonnable?

Étudions deux scénarios. Le premier est le suivant: si les faits corroborent que l'on fait un usage raisonnable des médicaments et si les parties prenantes concluent que l'augmentation du coût des médicaments prescrits reste inacceptable, il est évident que cela doit nous amener à un rationnement et éventuellement à justifier une réglementation et un contrôle accrus. Dans le deuxième scénario, les faits corroborent que l'on fait un usage raisonnable

to find ways to accommodate growth in this rapidly growing area of health care is important. I believe that this was previously proposed to the committee by the Canadian Institute of Actuaries.

Of course, buried in here is the more salient question for the time. What can we do to ensure that providers and patients have a proper focus on cost benefit, while remaining rooted in evidence? A solution contains the benefits of minimizing the need for rationing, slowing the rate at which prescription drug costs will increase, and optimizing the value that new medicines bring to savings in other parts of the health care system.

As an aside, members of this committee would agree that it is in everyone's interest to work together to achieve this aim. From the perspective of the innovative pharmaceutical industry, realizing revenue growth from the overuse or inappropriate use of medicines is not a viable sustainable strategy for growth. I would like to emphasize that we are willing partners to cost-effective, evidence-based pharmaceutical care.

Clearly, the approach we must take to arrive at a set of options that reflect the challenges of our environment, as well as the needs of Canadians, involves the following few items which I will list.

It involves taking stock of current regulations. If the proposition is that we need increased regulations, then we must be mindful of what is out there today.

It involves reviewing how pervasive and how aggressive the current cost benefit management practices are, and whether they achieve the cost-benefit management goals that they are meant to achieve.

It also involves considering the evidence on appropriate use, the question being: Do physicians' prescribing practices reflect a proper focus on cost benefit and clinical evidence, or is it what many perceive it to be, a total disregard for cost?

Considering the evidence on the impact of coverage decisions on decisions at point of care, do coverage decisions, or the decisions that are made by payers, contribute to inappropriate prescribing?

In the package, Mr. Chairman, I provide the evidence to support the conclusions around those questions.

I will conclude on those points now.

The evidence shows that aggressive cost-benefit management already pervades public drug plans, as evidenced by the majority of provinces that do not list new medicines. Mr. Chairman and

des médicaments et les parties prenantes concluent qu'il faut trouver les moyens de s'adapter à la croissance de ce secteur important de la santé, qui est en pleine expansion. Je pense que c'est ce qui a été déjà proposé à votre comité par l'Institut canadien des actuaires.

Bien entendu, il y a là une question sous-jacente qui est fondamentale à notre époque. Comment peut-on faire en sorte que les fournisseurs de soins et les malades ne perdent pas de vue le rapport coût-bénéfice tout en continuant à tenir compte des réalités? Une des solutions possibles consisterait à tirer parti des avantages d'un rationnement minimum, d'un ralentissement de l'augmentation du coût des médicaments prescrits et d'une optimisation de la valeur représentée par les nouveaux médicaments lorsqu'ils permettent de réaliser des économies dans d'autres secteurs de la santé.

Indépendamment de cela, les membres de votre comité conviendront volontiers qu'il est dans l'intérêt de tous de collaborer à la réalisation de cet objectif. Aux yeux d'une industrie pharmaceutique novatrice, une augmentation du chiffre d'affaires due à un emploi abusif ou trop généralisé des médicaments n'est pas une stratégie de croissance durable à long terme. J'insiste sur le fait que nous sommes des partenaires tout à fait disposés en faveur de soins pharmaceutiques rentables et tenant compte des réalités.

La démarche devant nous permettre d'arrêter une série d'options adaptées aux défis que nous pose notre environnement ainsi qu'aux besoins de la population canadienne, exige de toute évidence que l'on tienne compte des différents éléments qui figurent dans la liste qui suit.

Il convient de répertorier les règlements actuels. Si l'on se propose d'alourdir la réglementation, il nous faut alors être conscient de tout ce qui existe à l'heure actuelle.

Il nous faut bien voir à quel point nos méthodes actuelles de gestion coût-bénéfice sont généralisées et agressives et dans quelle mesure elles permettent de réaliser les objectifs de gestion coût-bénéfice que l'on s'est proposé d'atteindre.

Il convient aussi de se pencher sur la pratique de l'administration des médicaments, la question étant la suivante: Est-ce que les médecins prescrivent des médicaments en tenant bien compte du rapport coût-bénéfice et des expériences cliniques, ou le font-ils, comme bien des gens en ont l'impression, sans tenir aucun compte des coûts?

Compte tenu des répercussions des choix d'assurance, dont on a pu constater l'influence, sur les décisions prises en matière de soins, est-ce que ces choix d'assurance, ou est-ce que les décisions prises par les payeurs, contribuent à ce que l'on fasse des prescriptions erronées?

Vous trouverez dans notre documentation, monsieur le président, les éléments de preuve qui appuient les conclusions apportées sur ces questions.

Je vais maintenant conclure sur ces différents points.

Il est établi que des méthodes de gestion agressives du rapport coût-bénéfice se généralisent dans tous les régimes publics d'assurance-médicaments, comme le prouve le fait que la majorité



members of the committee, it may surprise you that, over the last several years, six provinces have chosen not to list over 40 per cent of new medicines. This results in de facto un-insurance. On the one hand we are trying to look at the need to expand coverage, and coverage is important if it covers what you need, and on the other hand there is evidence to show that prescribing practices do reflect a focus on cost benefit when the clinical criteria that defines coverage is rooted in the clinical evidence that guides care. What happens when the two do not coincide is you get friction with one another.

There is evidence that drug plan coverage decisions impact at point of prescribing and, when not rooted in evidence, we believe this poses a risk to patient health and to unnecessarily increasing overall system costs.

You will hear from Dr. Terry Montague that there is also evidence which indicates that, when stakeholders are immersed in an integrated health care system that is based in partnership and that provides easy access to measurement and feedback on care, stakeholders converge naturally towards a proper focus on cost benefit that is consistent with the evidence.

I will conclude there. I know you will have questions on reference pricing and other issues. I will be happy to respond to those questions later.

**The Chairman:** Thank you, Dr. Tamblyn?

**Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Faculty of Medicine, McGill University:** Mr. Chairman, I will be making a slide presentation.

I read with interest the committee's report. I wish to commend you for your thoughtful review of the issues. I am highly supportive of many of the thoughts contained in the report — primary care reform, specialized care units, a national health commissioner, a very interesting idea, the federal role in health promotion-disease prevention and, most important, an infostructure and infrastructure for health care delivery.

I wish to specifically highlight two issues. Let me first address issues and options for the financing role. In your report, you refer to the option of user fees. User fees, in one form or another, are a total tax on service utilization, a point-of-source fee in terms of collecting from patients who are using the system. This is a policy of making the sick pay for their health care. I am not sure that that has really been an underlying value of our health care system to this point in time.

The second area I want to talk about is disease prevention and health promotion. This is a very important goal, a laudatory goal, but the report does not suggest mechanisms for putting this action in place. The federal government could definitely play a role here.

des provinces ne répertorient plus les nouveaux médicaments. Monsieur le président et mesdames et messieurs les membres du comité, vous serez peut-être surpris d'apprendre que ces dernières années six provinces ont choisi de ne plus faire figurer sur leur liste plus de 40 p. 100 des nouveaux médicaments. Il s'agit là, dans la pratique, d'une désassurance. D'un côté on envisage la nécessité d'étendre la couverture, et la couverture d'assurance est importante si elle couvre ce dont on a besoin, et d'un autre tout indique, dans la pratique actuelle, que l'on tient compte du rapport coût-bénéfice alors que les critères cliniques qui déterminent la couverture de l'assurance s'appuient sur les preuves cliniques de l'utilité des soins. Lorsque ces deux critères ne coïncident pas, il y a des frictions.

Il est prouvé que les décisions de remboursement par les régimes d'assurance-médicaments exercent une influence sur les prescriptions et, lorsqu'elles ne tiennent pas compte des preuves cliniques, nous considérons qu'elles présentent un risque pour la santé des malades et qu'elles contribuent inutilement à faire augmenter le coût global du régime.

Le Dr Terry Montague vous dira par ailleurs qu'il est établi que lorsque les parties prenantes sont associées au sein d'un régime intégré de soins de santé permettant d'établir des critères facilement mesurables et de rendre compte des soins dispensés, elles s'engagent naturellement dans la voie d'une prise en compte du rapport coût-bénéfice en fonction des preuves cliniques apportées.

Je m'arrêterai là. Je sais que vous avez des questions à me poser sur les prix de référence et sur d'autres sujets. Je serai tout disposé à y répondre tout à l'heure.

**Le président:** Je vous remercie, Docteur Tamblyn?

**Le Dr Robyn Tamblyn, professeur agrégé, faculté de médecine, université McGill:** Monsieur le président, je vais vous présenter des diapositives.

J'ai lu avec intérêt le rapport de votre comité. Je vous félicite d'avoir mûrement réfléchi à toutes ces questions. J'appuie résolument nombre des réflexions qui sont faites dans ce rapport... la réforme des soins primaires, les services de soins spécialisés, un commissaire national à la santé, ce qui est une idée très intéressante, le rôle du gouvernement fédéral dans la promotion de la santé — la prévention des maladies et surtout l'infostructure ainsi que l'infrastructure des soins de santé.

Il y a deux questions que je tiens à souligner en priorité. Je vais tout d'abord aborder les enjeux et les possibilités qui s'offrent sur le plan financier. Vous évoquez dans votre rapport la possibilité de faire payer les usagers. Les frais payés par les usagers, sous une forme ou sous une autre, reviennent à taxer l'ensemble de l'utilisation des services, au point d'utilisation, en faisant payer les malades qui ont recours aux soins. C'est une politique qui revient à faire payer les soins par les malades. Je ne suis pas sûr que cela soit vraiment conforme à l'un des grands principes établis jusqu'à présent dans le cadre de notre régime de santé.

Le deuxième sujet dont je veux vous parler est celui de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. C'est un objectif très important, très louable, mais le rapport ne propose aucun mécanisme qui permette de le réaliser. Le gouvernement

one that probably the provinces may not be able to take in that way.

The next slide discusses user fees — unsubstantiated assumptions and unintended impacts. The user fee option is based on a set of unsubstantiated assumptions: it is not strongly evidence-based. The first assumption is that free care will lead to a lot of unnecessary use by many people. It assumes that people will hang out in emergency rooms, rather than going down to the bars on Crescent Street. The next assumption is that consumers know when less expensive medications can be substituted and know about surgical interventions. It assumes that consumers will have the knowledge to make those decisions, even though we license health professionals because we believe they and only they can make those decisions.

The third unsubstantiated assumption is that user fees will reduce only unnecessary services. The fourth is that income-indexed user fees will be the answer. Quebec was a bit ahead of its time, because they tried that out, and as such can provide a prototype for you.

The next slide has two graphs on it. The Quebec government commissioned a study to look at their new policy of coinsurance and deductibles for elderly and welfare recipients that allowed them to bring in the universal health pharmacare plan, which in itself is a laudatory goal, but they increased user fees for previously insured in order to finance this plan.

A large, random sample of the population — taking into account history of medication use three years prior and one year after the policy — revealed, not unexpectedly, that user fees reduces utilization. Usually, people stop there and say, "Well, this is exactly what we wanted. We have cut our costs. People use less." They jump to the conclusion that there was unnecessary use.

User fees will of course target people who are heavy service users. In terms of prescription drug use, which is what this study is looking at, this graph shows that after the policy was implemented there was a large drop in consumption in people who used a lot of drugs.

The next slide shows the effects of user fees on prescription drug use among the elderly. The study looked at three groups: those who received a full guaranteed income supplement, those who received a partial supplement, and those who received no supplement. Those who receive no supplement have an annual

fédéral aurait vraiment un rôle à jouer en la matière, un rôle dont les provinces ne peuvent probablement pas se charger de la même manière.

La diapositive suivante porte sur les frais payés par les usagers — les hypothèses non corroborées et les effets imprévus. Le recours aux frais payés par les usagers s'appuie sur un ensemble d'hypothèses non corroborées; il n'est pas strictement validé par les faits. La première hypothèse, c'est que lorsque des soins sont gratuits, bien des gens y ont recours inutilement. Elle part du principe que la population va passer son temps dans les salles d'urgence plutôt que d'aller dans les bars de la rue Crescent. La deuxième hypothèse, c'est que les consommateurs savent à quel moment il est possible de substituer des médicaments moins onéreux et sont au courant des interventions chirurgicales. Elle part du principe que les consommateurs ont des connaissances suffisantes pour prendre ce genre de décisions alors même que nous exigeons un agrément pour les professions de la santé parce que nous estimons que seuls des professionnels peuvent prendre ce genre de décisions.

La troisième hypothèse non corroborée, c'est que les frais payés par les usagers ne vont entraîner une réduction que des services inutiles. La quatrième, c'est que des frais payés par les usagers et indexés sur les revenus vont constituer la solution. Le Québec a été quelque peu en avance sur son temps parce qu'il a essayé cette méthode et pourra en quelque sorte vous servir de modèle.

Sur la diapositive suivante, vous voyez deux graphiques. Le gouvernement du Québec a commandé une étude de sa nouvelle politique de coassurance et des tickets modérateurs payés par les personnes âgées et par les bénéficiaires de l'assurance sociale leur permettant d'accéder au régime universel de soins pharmaceutiques, ce qui est en soi un objectif louable, mais l'on a augmenté les frais payés par les usagers déjà assurés précédemment de manière à pouvoir financer ce régime.

Un large échantillon de la population pris au hasard — en comparant les médicaments pris au cours des trois années antérieures à ceux qui ont été pris au cours de l'année ayant suivi l'adoption de la politique — a révélé, comme l'on pouvait s'y attendre, que le paiement de frais par les usagers réduisait l'utilisation des médicaments. Généralement, on ne va pas plus loin et on se dit: «Bien, c'est exactement ce que nous voulions. Nous avons réduit nos coûts. La population prend moins de médicaments.» On en conclut trop vite qu'il s'agissait là d'une prise de médicaments inutile.

Les frais payés par les usagers vont bien entendu toucher les gens qui sont de gros utilisateurs du service. Pour ce qui est des médicaments prescrits par un médecin, ce qui faisait l'objet de cette étude, ce graphique nous indique qu'après l'entrée en vigueur de cette politique, la consommation a largement baissé chez les personnes qui prenaient beaucoup de médicaments.

La diapositive qui suit nous montre les effets des frais payés par les usagers en ce qui a trait aux médicaments prescrits aux personnes âgées. L'étude concerne trois catégories de personnes: celles qui touchent l'intégralité du supplément de revenu garanti, celles qui ne le touchent qu'en partie et celles qui ne touchent



income in excess of \$14,000 and are in the \$750 maximum zone for prescription drugs.

The first piece of good news is that income-indexing did produce a somewhat equitable distribution of reductions across the income spectrum in the elderly. The interesting thing you will see here is that the very poor — those are the people at the top, the red line — are those who are using a lot of prescription drugs; also interesting — and you may be aware of this Statistics Canada evidence — is the fact that they die on average about 10 years earlier. So, they are sicker, they are using more drugs, and they are going to die earlier. By the way, we are talking, in large part, about elderly women. This group is about 70 per cent elderly women, probably most of them single.

The next slide tells us about the unintended impact of user fees — and this has been studied on two occasions. The question we are trying to answer here is this: “Do user fees reduce both essential and less essential drug use? Now to the bad news: Across the board, user fees reduce the use of essential medications — medications for asthma, for mental illness, for hypertension, for cardiac disease. Those are the medications we looked at. The other bad news is that in populations of welfare and elderly citizens, the ratio is 2:1, two essential medications for every one less essential medication. The other piece of bad news is that essential drugs are more costly than less essential drugs.

Hence, when a co-insurance plan is put in place, there is an incentive to reduce essential drug use. This true both for the elderly and — as the next page will show — for welfare recipients, who made even more dramatic reductions.

The consequences are outlined in an accompanying paper. I will not go into them in detail here, but there were downstream impacts, even in the short term. Emergency room visits and hospitalizations were up. I do not think that is the type of consequence we want.

The last bit of news, really the most unfortunate, I think, involves the mentally ill. Special programs to reduce the burden of user fees in people with severe mental illness — schizophrenia and psychosis — did not eliminate reductions in essential drug use. Under the program, there would be a maximum payment of \$16.67 a month for people with severe mental illness. The graph at the bottom of page 5 demonstrates the impact of the special program on that population. There was a very rapid reduction in the use of anti-psychotic, anti-schizophrenic medication. One of the biggest challenges in managing the mentally ill is managing compliance. Hence, any extra burden on them in terms of a financial disincentive is very counterproductive.

aucun supplément. Celles qui ne touchent aucun supplément ont un revenu annuel qui dépasse 14 000 \$ et se situent dans la zone maximale des 750 \$ pour les médicaments prescrits.

La première bonne nouvelle, c'est que l'indexation sur les revenus a bien donné lieu à une répartition équitable des réductions selon les différents niveaux de revenus. Il est bien intéressant de remarquer ici que les personnes très pauvres — celles qui correspondent à la ligne rouge, en haut — sont aussi celles qui consomment beaucoup de médicaments prescrits; il est tout aussi significatif — et vous le savez peut-être après avoir consulté les données fournies par Statistique Canada — de voir qu'elles meurent en moyenne 10 ans plus tôt. Elles sont donc davantage malades, elles consomment davantage de médicaments et elles meurent aussi plus tôt. D'ailleurs, nous nous référons ici en grande partie aux femmes âgées. Cette catégorie regroupe 70 p. 100 de femmes âgées, la plupart d'entre elles vivant probablement seules.

La diapositive qui suit nous révèle les effets imprévus des frais payés par les usagers — et cette question a été étudiée à deux reprises. La question à laquelle nous nous efforçons de répondre est la suivante: «Est-ce que les frais payés par les usagers réduisent à la fois l'utilisation des médicaments essentiels et moins essentiels?» Voici maintenant la mauvaise nouvelle: à tous les niveaux, les frais payés par les usagers réduisent l'utilisation des médicaments essentiels — les médicaments contre l'asthme, contre les maladies mentales, contre l'hypertension, pour le cœur. Ce sont là les médicaments que nous avons étudiés. L'autre mauvaise nouvelle, c'est que dans les populations des personnes âgées et des assistés sociaux, le rapport est de deux contre un, deux médicaments essentiels contre un médicament moins essentiel. Le malheur, c'est que les médicaments essentiels coûtent plus cher que les médicaments moins essentiels.

Par conséquent, lorsqu'on met en place un régime de coassurance, on incite la population à réduire l'utilisation de médicaments essentiels. C'est vrai aussi bien pour les personnes âgées et — comme vous le verrez sur la page suivante — pour les assistés sociaux, qui ont réduit encore plus leur consommation.

Les conséquences sont exposées dans un document qui est joint. Je n'entrerai pas ici dans les détails, mais il y a des effets en aval, même à court terme. Le nombre d'hospitalisations et de visites dans les salles d'urgence ont augmenté. Je ne pense pas que ce soit là le genre de conséquence que nous voulons.

La dernière mauvaise nouvelle, la pire, en fait, à mon avis, c'est celle des malades mentaux. Les programmes spéciaux visant à réduire le fardeau que les frais payés par les usagers fait porter aux personnes souffrant d'une grave maladie mentale — schizophrénie ou psychose — n'ont pas supprimé la réduction de l'utilisation des médicaments essentiels. En vertu de ce programme, les personnes souffrant d'une maladie mentale grave paient au maximum 16,67 \$ par mois. Le graphique du bas de la page 5 montre les effets de ce programme spécial sur cette population. Il y a eu une diminution très rapide de l'utilisation de médicaments antipsychotiques et de lutte contre la schizophrénie. L'une des grandes difficultés que posent les malades mentaux, c'est de les amener à prendre leurs médicaments. Par conséquent,

The graph on the final page, page 6, shows that utilization of health care services rose dramatically. For example, emergency room visits climbed by 457 per cent, followed by medical visits and hospital admissions, even at a time when hospitals were closing and there was reduced access. This was a very severe impact. To the credit of the Quebec government, however, they changed the policy and allowed free medication in this group. The government was incredibly responsive, essentially, to its own requisitioned evaluation.

Based on this information, I would hope that user fees is not something that you will consider. In my mind, they penalize the very sick, and they will penalize the poor, even with income indexing.

The final point I want to touch on involves the issue of health promotion-disease prevention. One thing we have learned from the Whitehall studies, from studies here in Canada, is that many of the determinants of health are outside the health care system. The health care system is like the final resting point, the graveyard of what you did or did not do right in your life or the conditions in the environment, et cetera.

Many of the things that will allow you to creatively and effectively bring in place things that will promote health and prevent disease will be outside of the health care system. I want to discuss an example of that — and that is injury prevention. Injuries are the first leading cause of death for people aged 1 to 40. For the most part, many of these injuries are preventable. There has been a fair bit of epidemiological research in terms of injuries prevention, et cetera. Injuries can be prevented by implementing product safety standards, by building better roads, by implementing environmental standards.

Nevertheless, it is not easy to make those changes. The health care sector is waving a red flag, but with no real model for how Consumer and Corporate Affairs and Transport Canada, for example, can implement changes. We need models for cross-jurisdictional action plans. There has been some success in terms of cigarette smoking, but the battle has been uphill.

Hence, if we are really serious about health promotion-disease prevention, we will have to come up with some creative models for cross-jurisdictional initiatives.

**The Chairman:** You are absolutely correct. Our paper did not contain mechanisms for implementing the population health role, partly because we were hoping that people would suggest mechanisms to us. Therefore, if either today or at some later point

tout fardeau supplémentaire qui leur est imposé financier a des effets très pervers.

Le graphique de la dernière page, la page 6, nous montre que l'utilisation des services de santé a grimpé en flèche. Ainsi, les visites en salle d'urgence ont augmenté de 457 p. 100, suivies des visites médicales et des admissions à l'hôpital, même à une époque où l'on fermait des hôpitaux et où l'on réduisait les possibilités d'accès. Les répercussions ont été très graves. Il faut toutefois porter au crédit du gouvernement du Québec d'avoir changé sa politique et autorisé la gratuité des médicaments pour les personnes de cette catégorie. Le gouvernement a réagi extrêmement vite, essentiellement après avoir mené sa propre enquête.

Sur la foi de cette information, j'espère que vous n'envisagerez pas le recours aux frais payés par les usagers. Je considère qu'ils pénalisent les personnes très malades ainsi que les pauvres, même avec une indexation sur les revenus.

Le dernier point que je tiens à aborder est celui de la prévention des maladies et de la promotion de la santé. L'une des choses que nous avons apprises dans les études de Whitehall, dans les études qui ont été menées ici au Canada, c'est que nombre de facteurs qui déterminent la santé se situent à l'extérieur du réseau de la santé. Le réseau de soins de santé s'apparente à un terminus, au cimetière dans lequel vous venez rendre compte des bonnes ou des mauvaises habitudes de toute votre vie en matière de santé, ou encore des conditions de l'environnement, et cetera.

Bien des initiatives que vous pouvez prendre pour mettre effectivement en place des conditions favorisant la santé et permettant de lutter contre les maladies se situeront en dehors du réseau de la santé. Je vais vous en donner un exemple — et c'est la prévention des accidents. Les accidents sont la première cause de décès des personnes âgées de un à 40 ans. Dans leur majorité, ces accidents peuvent être évités. On a effectué bon nombre de recherches épidémiologiques en matière de prévention des accidents, par exemple. On peut éviter des accidents en mettant en place des normes de sécurité des produits, en construisant de meilleures routes, en faisant appliquer des normes environnementales.

Néanmoins, il n'est pas facile de procéder à ces changements. Le réseau de la santé tire l'alarme, mais sans que l'on ait de véritable modèle devant permettre, par exemple, au ministère de la Consommation et des Affaires commerciales ou encore à Transports Canada, de mettre en oeuvre des changements. Nous avons besoin de modèles qui ne soient pas limités à une même province. Nous avons obtenu quelques succès en matière de lutte contre le tabac, mais nous avons pris du retard.

Par conséquent, si nous voulons vraiment faire la promotion de la santé et lutter contre les maladies, nous devons nous doter de modèles originaux dépassant les cloisonnements entre les provinces.

**Le président:** Vous avez tout à fait raison. Nous n'avons pas prévu dans notre étude de mécanismes de mise en oeuvre de l'option consistant à promouvoir la santé de la population, en partie parce que nous espérions que les intervenants nous



you have some thoughts on how we should do that, we would love to hear them.

**Dr. Margaret A. Somerville, Acting Director, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, McGill University:** Thank you for asking me to appear. I have submitted a brief written report.

I wish to preface my remarks by saying — as have the other speakers — that your report is to be strongly commended — although that does not mean that I do not find anything wrong with it. What I have done in my written presentation is to pull out some of the issues in your report that I would see as raising values, ethics issues, because, as you know, that is the area I work in. I shall go through them quickly.

You make the statement that the report is “factual and non-ideological.” My concern, although not huge, about that is that the health care system and decisions about it must be based on values, and some of those values will fit with certain ideological positions and contravene others. It is very important for us to recognize that to make those decisions ethically we have to justify the value choices that we make. I do not think that that kind of approach is outlined anywhere in the report.

The second purpose of the report is to “launch a public debate,” and again I commend you on doing that. I have, however, attached to my written presentation an appendix, which is an outline of a research project entitled “Ethics in the Public Square.” Much as we talk about putting ethics into public policy, and we talk about having the public involved in this very important decision making — in fact, we even speak about it being an ethical imperative to have the public involved in decision making about things such as a health care system — we do not have the developed mechanisms to do it. As well, we have a very inadequately developed system of ethics at the organizational, institutional and societal levels. Most of the ethics that we have worked out in relation to health care are at the physician/patient or health care professional patient levels.

This leads me to the third point, where you point out that in order to make good public policy you have to know what the objective of that public policy is. Again, I would query the report in terms of its articulation of the values that the health care system upholds. I know you wanted to avoid ideology, but it is extremely important that you state values. I would suggest to you that many of the problems, certainly the ones that we see in ethics in the health care system, are not simply that people have perceived that they may not get the health care they want, or as quickly as they want, but also have to do with the fact that that goes to the heart of what we think are important as values both for ourselves individually and for Canadian society.

proposeraient certains mécanismes. Par conséquent, si aujourd’hui ou à une date ultérieure vous pouviez nous faire connaître votre point de vue sur la question, nous serions heureux de l’entendre.

**La Dre Margaret A. Somerville, directrice intérimaire, McGill Centre for Medicine, Ethics and Law, Université McGill:** Merci de m’avoir demandé de comparaître. Je vous ai remis un bref mémoire.

Comme l’ont fait les autres orateurs, je tiens tout d’abord à vous féliciter chaleureusement pour la qualité de votre rapport, même si cela ne veut pas dire pour autant que je suis d’accord sur tous les points. J’ai relevé dans mon mémoire différentes questions qui me paraissent poser des problèmes sur le plan des valeurs et de l’éthique puisque, vous le savez, c’est le domaine dans lequel je travaille. Je vais les passer rapidement en revue.

Vous dites que votre rapport «s’appuie sur des faits et n’est pas idéologique.» Je ferai à cela une légère critique en ce sens qu’un régime de soins de santé et les décisions qui s’y rapportent doivent s’appuyer sur un ensemble de valeurs et que certaines de ces valeurs vont correspondre à certains principes idéologiques et en contredire d’autres. Il est très important que nous reconnaissons qu’en prenant ces décisions sur le plan de l’éthique, il nous faut justifier les valeurs que nous avons choisies. Je ne pense pas qu’une démarche de ce type ait été faite à un niveau quelconque du rapport.

Le deuxième objectif du rapport est de «lancer le débat public», et là encore je vous félicite de cette initiative. J’ai toutefois joint une annexe à mon mémoire qui expose dans ses grandes lignes le projet de recherche intitulé «Éthique sur la place publique.» Même si nous parlons beaucoup de tenir compte de l’éthique dans nos politiques publiques et si nous discutons de la participation du public à cette prise de décision importante — d’ailleurs, nous disons même que c’est un impératif sur le plan de l’éthique que de faire participer le public aux prises de décisions sur des questions comme celles du réseau de la santé — nous n’avons pas élaboré les mécanismes correspondants. De même, nos mécanismes d’éthique au niveau des organisations, des institutions et de la société sont très insuffisamment élaborés. La plupart des formes d’éthique que nous avons mises en place dans le domaine de la santé se retrouvent au niveau des relations entre le malade et son médecin ou les professionnels de la santé.

Cela m’amène à mon troisième point, lorsque vous faites remarquer que pour mettre en oeuvre une bonne politique publique, il faut savoir quels sont ses objectifs. Là encore, je ferai des réserves en ce qui concerne la façon dont on articule dans le rapport les valeurs qui sous-tendent le réseau des soins de santé. Je sais que vous avez voulu éviter toute idéologie, mais il est extrêmement important que vousfassiez état des valeurs. Je vous dirais qu’une grande partie des problèmes, et certainement ceux qui se posent sur le plan de l’éthique dans le réseau de la santé, ne viennent pas simplement du fait que les gens ont l’impression qu’ils ne pourront peut-être pas obtenir les soins de santé dont ils ont besoin, ou aussi rapidement qu’ils le voudraient, mais ont trait aussi à ce que nous considérons comme étant essentiel et qui représente des valeurs importantes aussi bien sur le plan personnel qu’au niveau de la société canadienne.

I have attached as appendix B a list of features that shows, depending on how you characterize and make the decisions that have an impact on values — and all decisions in the health care system come into that category — that you can have a very different impact. If I may, there is a typographical error in the third-to-last line. The first and second groups should be reversed: It should say, "...the decision making will have the second group of features and not the first," rather than the way it is at present. In other words, the decision making impact can be manipulated by doing things like hiding who makes the decision.

I was involved in a survey approximately 18 months ago to try to find out who decided what treatments were available for certain cancer care in Canada, and in some of the provinces we could not find out who made those decisions. If you look at this chart, you will see that that's — I am assuming intentionally that those decisions come into that second category so that they do not seem to offend values in the same way.

One feature I did not find in the report was the impact of political advantage and disadvantage in making decisions about health care, and the mechanisms that might need to be put in place to deal with that. We have not considered that in nearly enough depth.

As well, the report focuses mainly on macro-level decision making. That is extremely important, but the health care system operates essentially, as far as an individual Canadian is concerned, at the individual level. Hence, most of your impression of the health care system, and certainly the complaints that come to me, come from that individual level.

The reality is that what is ethical at the macro level might not be ethical at the individual level. That is not addressed in the report at all. You will find that I have explained this in my written presentation. For instance, a physician has a primary obligation of personal care to every patient. The physician can only take efficiency and effectiveness in saving the health care system resources into account as a secondary objective, when it does not directly harm the patient. You do say in your report somewhere that it is very hard to get physicians to take efficiency and effectiveness into account. The reason for that is that physicians have ethical and legal obligations not to do that. We have to understand those obligations, and in doing so I hope we do not decide to abrogate them. Nevertheless, they are the features that are causing that sort of reaction.

As well, there are problems with definition as to what constitutes timely health care or medically necessary. Those are not new problems, but they are ones that need to be addressed in greater depth.

J'ai fait figurer à l'annexe B une liste d'éléments qui indiquent, selon la façon dont on qualifie la chose et dont on prend les décisions ayant des répercussions sur les valeurs — et toutes les décisions prises dans le domaine de la santé relèvent de cette catégorie — que les effets peuvent être très différents. Permettez-moi de vous signaler qu'il y a une erreur typographique trois lignes avant la fin. Il convient d'inverser la première et la deuxième catégorie: il faut lire: «... la prise de décisions relèvera de la deuxième catégorie et non de la première.» contrairement à ce qui est écrit ici. Autrement dit, l'effet des prises de décisions peut être manipulé en procédant à d'autres opérations comme le fait de ne pas dire qui a pris la décision.

J'ai pris part il y a environ un an et demi à une étude cherchant à préciser qui décidait quels étaient les traitements disponibles pour lutter contre certains cancers au Canada et, dans certaines provinces, nous n'avons pas réussi à savoir qui prenait ces décisions. Si vous regardez ce tableau, vous voyez que cette... je pars délibérément du principe que ces décisions relèvent de cette deuxième catégorie de sorte qu'elles ne semblent pas s'opposer de la même manière aux valeurs établies.

L'une des caractéristiques que je n'ai pas trouvées dans le rapport, c'est l'incidence des avantages et des inconvénients politiques des décisions prises en matière de santé, ainsi que les mécanismes dont on pourrait avoir besoin pour remédier à ce problème. Nous sommes loin d'avoir étudié cette question suffisamment en profondeur.

De même, le rapport s'en tient principalement aux décisions prises au niveau de l'ensemble du système. C'est extrêmement important, mais le réseau de la santé opère essentiellement, du moins aux yeux de chaque Canadien, au niveau individuel. Voilà pourquoi la plupart des choses que vous entendez dire au sujet du réseau de la santé, et bien évidemment les plaintes qui me sont présentées, se situent au niveau individuel.

En réalité, l'éthique, telle qu'elle se présente au niveau de l'ensemble du système, n'est pas nécessairement l'éthique au niveau individuel. Votre rapport ne parle absolument pas de cette question. Vous pouvez constater que je l'ai traitée dans mon mémoire. Ainsi, un médecin a avant toute chose l'obligation de traiter personnellement tous les malades. Le médecin ne peut considérer l'efficacité et la rentabilité pour le réseau de la santé que comme un objectif secondaire, lorsque cela n'affecte pas directement le malade. Vous dites précisément, quelque part dans votre rapport, qu'il est bien difficile d'amener les médecins à tenir compte de l'efficacité et de la rentabilité. La raison en est que les médecins ont l'obligation de ne pas le faire sur le plan de l'éthique et du droit. Il vous faut comprendre ces obligations et, ce faisant, j'espère que nous ne déciderons pas de les abroger. Il n'en reste pas moins que ce sont ces caractéristiques qui causent ce type de réaction.

Il y a par ailleurs des problèmes de définition lorsqu'on cherche à savoir si les soins ont été dispensés en temps utile ou s'ils étaient médicalement nécessaires. Ce ne sont pas des problèmes nouveaux, mais il convient de les étudier plus en profondeur.



With respect to evidence-based health care decision making, I agree that we need it, but I was somewhat concerned in reading the report that it might be seen as not only necessary, but also sufficient, and I do not believe that that is sufficient. There is a saying that sometimes the measurable excludes the essential. I would suggest to you that if we are concerned about healing and caring, as well as curing, then we have to be concerned about some very important intangible factors, not the least of which are the values that we uphold or we contravene in making decisions about the health care system.

Again, I did not see in the report enough of the recognition of what I would call the necessary ambiguity in some of these decisions that we have to make. We cannot expect a linear decision-making model, where we will arrive at a successful hard-based cognitive conclusion that we have to build in spaces where these other very important human factors operate and, among those, to ensure that we have a caring health care system and not simply an efficiently run one.

I would then come to the point about health care being an industry, which is emphasized in the report. The report talks about — and I thought somewhat disapprovingly — primary care medicine as being a 19th century cottage industry rather than a 21st century service industry. What that brought to mind for me was that while cottage industries do have negative features, that description also brings to mind caring personalized interaction and personal knowledge of the people — and I would emphasize to you that that should be included.

In conclusion, let me say that while there is much to be praised in the report — I thought it was thoughtful, insightful, open-minded and open-ended — my major concern is that the issues are addressed only at the macro level. The issues also need micro-level analysis. When conflict exists between those levels, and those are some of the most difficult ethical issues we face, we have to decide how we will handle that conflict — and that is true for even each of us. As Canadian taxpayers and citizens, what we decide should be available as health care often differs radically from what we want, and what we want for those we love when they need it.

I applaud the national ethical conversation that you have proposed. It will certainly help, but it will not solve all the problems. As well, it has to be an ongoing process.

Finally, I would urge you to recognize not only medicine's curing role, and what we need to do to support that, but also its healing and caring roles, and to accept that it is worthwhile to spend even economic resources to uphold those roles. Thank you.

En ce qui concerne la nécessité de prendre des décisions tenant compte des réalités en matière de santé, je suis d'accord pour dire que c'est nécessaire, mais en lisant le rapport je me suis sentie quelque peu gênée par le fait qu'il nous fallait éventuellement considérer non seulement ce qui est nécessaire, mais aussi ce qui est suffisant, et je ne crois pas que ce soit ici suffisant. Selon le dicton, ce qui est mesurable exclut parfois l'essentiel. À mon avis, si nous nous intéressons aux soins et à la santé, et si nous voulons guérir, nous devons nous préoccuper de certains facteurs intangibles qui ont une très grande importance, les moindres n'étant pas les valeurs que nous renforçons ou que nous contredisons lorsque nous prenons des décisions dans le réseau de la santé.

Là encore, je n'ai pas constaté dans le rapport une prise de conscience suffisante de ce que j'appellerais l'ambiguïté nécessaire de certaines de ces décisions qu'il nous faut prendre. Nous ne pouvons pas espérer mettre en place un modèle de décision linéaire qui nous permette d'en arriver à des conclusions heureuses en toute connaissance de cause, qu'il faudra appliquer à un milieu dans lequel interviennent d'autres facteurs humains très importants et, entre autres, la nécessité de s'assurer que nous avons un réseau de santé qui prenne vraiment soin des gens et non pas qui soit administré efficacement.

J'en arrive maintenant à l'analyse du réseau de la santé en tant qu'industrie, ce qui est souligné dans le rapport. On évoque dans le rapport — et je pense avec une certaine réprobation — une médecine de première ligne de type artisanal, comme au XIX<sup>e</sup> siècle, par opposition à une industrie de service du XXI<sup>e</sup> siècle. Cela m'a fait penser que l'artisanat avait certes des inconvénients, mais que l'on pouvait entrevoir dans cette formule une interaction personnelle axée sur les soins et une connaissance personnelle des gens — et je n'insisterai jamais trop sur le fait qu'il convient de prendre en compte ces différents éléments.

En conclusion, laissez-moi vous dire que si j'ai trouvé d'excellentes choses dans votre rapport — je l'ai trouvé profond, réfléchi, ouvert et dénué de tout parti pris — ce qui me préoccupe surtout, c'est que l'on n'aborde les questions qu'au niveau de l'ensemble du réseau. Il convient aussi de les aborder dans le détail. Lorsqu'il y a des conflits entre ces deux niveaux, et c'est là que se posent les questions les plus difficiles sur le plan de l'éthique, nous devons décider de la manière de les résoudre — et c'est vrai pour chacun d'entre nous. En tant que contribuables et que citoyens canadiens, il faut que ce que nous décidons soit disponible étant donné que les soins de santé sont souvent très différents de ce que nous voulons pour nous-mêmes et pour ceux que nous aimons lorsqu'ils en ont besoin.

Je vous félicite d'avoir engagé ce débat national sur le plan de l'éthique. Il ne manquera pas de nous aider, mais il ne résoudra pas tous les problèmes. Par ailleurs, il faut que ce soit un processus en constante évolution.

Enfin, je vous invite à penser la médecine non seulement sur le plan curatif, et nous avons besoin de travailler dans ce domaine, mais aussi sur le plan des soins et de la prise en charge, en partant du principe qu'il est utile de consacrer autant de ressources financières à ces deux domaines. Je vous remercie.

**The Chairman:** Thank you for your usual provocative statement.

**Dr. Terrance Montague, Executive Director, Patient Health, Merck Frosst Canada Ltd.:** As a leading health care company, Merck Frosst's core business is discovering new and efficacious drug therapies for important diseases and demonstrating their value to patients and payers. I think perhaps we are all in the business of demonstrating the value of health to the patients at the moment. Recent clinical and econometric analyses across many disease states, not just in cardiology where they began, but in many disease states, have demonstrated strong positive relationships among the utilization of the innovative pharmaceutical therapies, increased longevity and national productivity, which has usually been measured in these studies by gross domestic product measures.

However, repeated research studies carried out by groups such as the Clinical Quality and Proven Network, CQIN, of which I was a founding director, and the patient health management team at Merck Frosst indicate that the optimal social rate of return of this innovation is not being realized in this country or in other parts of the developed world.

This is primarily caused by a significant remaining gap between best care and usual care. In this context, best care is defined as the accumulated body of evidence from clinical trials; usual care is defined as the level of provision of this efficacy knowledge in real-world practice. Narrowing of this care gap is difficult and complex; however, my firm premise, and that of my colleagues, both previously in academia and now in a combination of business, academia, and the community level, is that it is possible, that is, that patient care, patient outcomes, and the productivity of the nation can all be better.

In addressing the care gap over the course of the last decade, my colleagues and I have championed an approach anchored in governmental, industry, professional, and community partnerships. These partnerships are the focus of what I am suggesting to you is a possible option worthy of your consideration here and in your deliberations across the country. These broad-based partnerships have utilized the principles of evidence-based and cost-efficient care and many of the tenets of total quality management, particularly the use of repeated measurement and feedback to drive continuous improvements in care and outcomes.

Our most advanced initiative so far, at least in the last five years, since I have been involved with Merck, is ICONS — improving cardiovascular outcomes in Nova Scotia. ICONS is a province-wide initiative. It was designed and launched in 1997 with a view to improving cardiac care from the bottom up, that is, from the community up. It has a very large community face, including a 70-member steering committee representing all the

**Le président:** Merci de cet exposé qui, comme toujours, donne matière à réflexion.

**Le Dr Terrance Montague, directeur, Politique en matière de santé, Merck Frosst Canada Ltd.:** L'essentiel des activités de Merck Frosst, l'une des grandes entreprises du secteur de la santé, consiste à découvrir de nouvelles thérapies et de nouveaux médicaments pour lutter efficacement contre d'importantes maladies en prouvant leur valeur aux malades et aux payeurs. Je pense qu'éventuellement nous cherchons tous en ce moment à démontrer aux malades toute la valeur des soins de santé. Des analyses cliniques et économétriques qui ont été effectuées récemment sur nombre de maladies, non seulement en cardiologie, où elles sont apparues à l'origine, mais aussi sur de nombreux états morbides, ont montré qu'il y avait une forte corrélation entre le recours à des thérapies pharmaceutiques novatrices, l'augmentation de la longévité et l'accroissement de la productivité nationale, qui a généralement été mesurée dans ces études par le produit national brut.

Toutefois, des études et des recherches répétées menées par des groupes comme le Clinical Quality and Proven Network, CQIN, dont j'ai été l'un des membres fondateurs, et par l'équipe de gestion de la santé des malades chez Merck Frosst, nous révèlent que l'on n'optimise pas le rendement de ces innovations pour la société dans notre pays ou dans d'autres régions du monde développé.

Cela s'explique surtout par le fait qu'il y a toujours un hiatus important entre les soins habituellement dispensés et les meilleurs soins possibles. Dans ce cadre, la notion de meilleurs soins possibles est définie comme étant l'ensemble des preuves accumulées par les essais cliniques, et les soins habituels comme étant la mesure dans laquelle ces connaissances de pointe sont mises en pratique dans la réalité. Il est difficile et complexe de ramener ce fossé à de meilleures proportions; toutefois, mon entreprise part du principe, et c'est aussi le cas de mes collègues, qui appartenaient antérieurement au monde universitaire et aujourd'hui à la fois au monde des entreprises, des universités et des organisations communautaires, que c'est possible et qu'en l'occurrence les soins dispensés aux malades, la santé des malades et la productivité du pays, peuvent tous être améliorés.

Pour combler ce fossé, voilà 10 ans que je préconise, avec mes collègues, des partenariats entre les gouvernements, l'industrie, les professions de la santé et le secteur communautaire. Je considère que ces partenariats sont une option possible qui mérite que l'on s'y attarde ici, et dont il vous faut délibérer à l'échelle du pays. Ces partenariats élargis tiennent compte des réalités, de la nécessité de rentabiliser les soins et des nombreux impératifs liés à la gestion de la qualité totale, notamment le recours à des mesures répétées et à un suivi pour améliorer constamment les soins dispensés et les résultats.

Notre projet le plus novateur, jusqu'à présent, du moins ces cinq dernières années, depuis que je suis chez Merck, c'est le projet ICONS, qui vise à améliorer le traitement des maladies cardio-vasculaires en Nouvelle-Écosse. ICONS est un projet institué à l'échelle de la province. Il a été créé et lancé en 1997 pour améliorer les soins cardiaques du haut en bas de l'échelle, c'est-à-dire en commençant au niveau communautaire. Il a une



health managerial districts in Nova Scotia. Participating community physicians, both primary care and specialist, nurses and pharmacists are providing regular feedback on local practices and outcomes. ICONS is much more outcomes oriented than some of the discussions I have heard today, which are so input focused. From the beginning, ICONS was designed to be outcomes focused.

The first phase is nearing completion now, with more than 40,000 patients screened and 13,000 enrolled and followed up. There has been a consistent, year-over-year improvement in utilization of efficacious drug therapies, which I have tried to highlight for you in some of the accompanying slides, with diseases like acute myocardial infarction and congestive heart failure. In the management of heart failure, which affects 450,000 people in our country, the ICONS data demonstrated that patients on proven therapies have a significantly lower risk of death and hospitalization, which are obviously important outcomes for the patients and for society. The improvement in these clinical end points is also associated with accompanying cost savings to the health system, even when the component cost of increased drug use are factored into the calculations. The system cost efficiencies contribute to the overall sustainability, I believe, of Nova Scotia's health system.

The ICONS clinical and methodological data have also begun to enter the scientific domain. There were 24 ICONS abstracts presented at the recent Canadian Cardiovascular Society meetings in Halifax. This represents a significant incremental component of the entire new gain in cardiovascular knowledge, and outcomes-research knowledge, in our country this past year.

The timely provision of data that ICONS is making available now is very important to the government partner in ICONS because it alleviates one of the enduring frustrations of public health management — the lack of comprehensive outcomes data on which to base policy decisions. The combination of clinical and component cost data is particularly powerful, since it allows an estimate not only of what we are buying for our health expenditures, the money that is spent, but also across the whole health system.

Because of the success of practice improvements, as well as the creation of innovative administrative processes to deal with access inequities to cardiac care in Nova Scotia, the ICONS partnership is now entering a new phase. It has become the platform for the development of a provincial cardiac program. The evolution of this program will be sustained with funding from the Nova Scotia

très large dimension communautaire, notamment en ce qui a trait à un comité directeur comptant 70 membres qui représentent tous les districts de gestion de la santé de la Nouvelle-Écosse. Les médecins participant au niveau communautaire, que ce soit les services de première ligne ou les spécialistes, de même que les infirmières et les pharmaciens, rendent compte régulièrement des pratiques locales et des résultats obtenus. Le projet ICONS est bien davantage axé sur les résultats que nombre de discours que j'ai entendus aujourd'hui, qui s'intéressent surtout aux moyens. Dès le départ, ICONS a été conçu comme un projet axé sur les résultats.

La première phase d'application est maintenant presque terminée, plus de 40 000 malades ayant été examinés et 13 000 ont été répertoriés au sein du projet et font l'objet d'un suivi. Il y a eu une amélioration constante, d'une année sur l'autre, de l'utilisation de chimiothérapies efficaces, ce que j'ai essayé de souligner à votre intention dans certaines diapositives ci-jointes, pour des maladies telles que les infarctus du myocarde ou les insuffisances cardiaques globales. Dans la gestion des maladies cardiaques, qui touchent 450 000 personnes dans notre pays, les statistiques tirées d'ICONS nous révèlent que les malades suivant une thérapie ayant fait ses preuves risquent nettement moins d'être hospitalisés ou de décéder, ce qui est évidemment un résultat important pour les malades et pour la société. Les améliorations enregistrées au niveau clinique s'accompagnent par ailleurs d'économies réalisées dans le réseau de la santé, même lorsque l'on tient compte dans les calculs du coût supplémentaire des médicaments administrés. Les économies réalisées grâce à ce système contribuent, à mon avis, à assurer la rentabilité globale à long terme du régime de santé de la Nouvelle-Écosse.

Les données cliniques et méthodologiques du projet ICONS commencent par ailleurs à être utilisées par le monde scientifique. Vingt-quatre communications ICONS ont été présentées lors des dernières réunions de la Société canadienne de cardiologie qui ont eu lieu à Halifax. Cela nous a permis l'année dernière de faire progresser de manière significative, dans notre pays, les connaissances de la cardiologie et les résultats obtenus par les traitements.

Les données fournies désormais en temps utiles par le projet ICONS ont une grande importance pour l'un des partenaires du projet, le gouvernement, étant donné qu'elles contribuent à remédier à l'une des grandes insuffisances de la gestion de la santé publique — l'absence de statistiques sur les résultats globaux sur lesquels les pouvoirs publics pourraient appuyer leurs décisions. La combinaison de données cliniques et financières est de la plus haute importance étant donné qu'elle permet d'évaluer non seulement ce que nous achetons avec nos crédits consacrés à la santé, l'argent dépensé, mais aussi le fonctionnement de l'ensemble du réseau de la santé.

Étant donné les succès enregistrés sur le plan de l'amélioration de la pratique ainsi que de la création de mécanismes administratifs novateurs permettant de remédier aux inégalités d'accès aux soins cardiaques en Nouvelle-Écosse, le partenariat au sein d'ICONS est entré dans une nouvelle phase. Il s'est transformé en plate-forme de développement d'un programme de

Department of Health. The program will enter the fabric of everyday health care for citizens and patients of that province.

Certainly, ICONS has shown that things can be better. It has demonstrated that the promise of the best health, for the most people, at the best cost is a vision that is achievable and that, indeed, it can be realized.

If you asked me to choose the single most important contributing factor to ICONS' success, I would vote for the partnership's rigorous focus on measurement, particularly outcomes-oriented measurement. Perhaps the importance of the partnership-measurement interrelationship is best captured in a quote that I have read by Charles Deutsch, a Harvard educator, who said of partnerships:

We talk about them as if they were exhilarating, but they are usually exhausting and sometimes maddening. They have to focus relentlessly on results or they are likely to get lost attending to process.

Each time I read this and think about it, I realize that it is has to do with more than education or health care; it might even extend to marriage. It strikes me repeatedly as I read it.

In several other provinces and in several other disease states, as indicated in that last slide in the enclosure, including diabetes, asthma, arthritis and osteoporosis, which are enormous burdens for the society — 75 per cent of our health expenditures are being now spent on chronic disease, which affects nearly 50 per cent of our entire population at any given time — we are now working with additional partners from our own society, Canada's innovative pharmaceutical community, using a template similar to that pioneered by the ICONS group. It is our anticipation, and certainly our hope, based on all of the available evidence, that the outcomes improvements and the innovative administrative infrastructures and processes modeled by ICONS can be replicated and improved upon. As always, our mantra in this partnership and measurement model of evidence-based health and disease management is the belief that things can be better.

The challenges to that view of health care are not insignificant, as I am sure you are very much aware as you listen to people across the country. Leadership is required to propagate the opportunities promised by the options of ICONS and projects like ICONS. The Government of Canada is well-positioned, I believe, through initiatives like this committee's work, to assume a very important leadership role and leadership position in the country.

Let me close by emphasizing that Merck Frosst remains committed to the principles of ethical and effective health care partnerships across disease states and across the nation. We look forward to the future.

soins cardiaques à l'échelle provinciale. L'évolution de ce programme sera appuyée par des crédits du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse. Ce programme fera partie de la vie de tous les jours des citoyens et des malades nécessitant des soins dans cette province.

Il est bien évident que le projet ICONS nous a démontré que les choses pouvaient s'améliorer. Il nous a prouvé que la promesse d'une meilleure santé, pour la majorité de la population, au meilleur coût, fait partie du domaine du possible et peut en fait être réalisée.

Si vous voulez savoir quel est à mon avis le principal facteur ayant contribué au succès du projet ICONS, je vous citerai le respect méticuleux par le partenariat des critères de mesure, notamment de la mesure des résultats. La meilleure façon de souligner l'importance des mesures effectuées dans le cadre des partenariats, c'est encore de vous citer Charles Deutsch, un enseignant d'Harvard, qui a déclaré au sujet des partenariats:

On en parle comme d'une chose passionnante, mais ils sont généralement épuisants et peuvent nous rendre fous. Ils sont constamment braqués sur les résultats et ils en arrivent à en oublier le reste.

Chaque fois que je relis la chose, je me rends compte que cette réalité ne se limite pas à l'enseignement ou aux soins de santé; elle peut très bien s'appliquer au mariage. Ça me frappe chaque fois.

Dans plusieurs autres provinces et pour plusieurs autres maladies, comme nous l'avons indiqué dans la dernière diapositive que nous avons insérée, notamment en ce qui a trait au diabète, à l'asthme, à l'arthrite et à l'ostéoporose, qui représentent un énorme fardeau pour notre société — 75 p. 100 de nos dépenses de santé sont consacrées désormais aux maladies chroniques, qui affectent près de 50 p. 100 de notre population à un moment donné — nous oeuvrons désormais avec d'autres partenaires au sein de notre société, avec les entreprises pharmaceutiques novatrices du Canada, sur un modèle semblable à celui qui a été lancé par le groupe ICONS. Nous prévoyons, et nous espérons, bien sûr, en tablant sur cette expérience, que l'amélioration des résultats ainsi que les infrastructures et les mécanismes administratifs novateurs établis sur le modèle d'ICONS peuvent se répéter et se renforcer. Ce qui nous guide, comme toujours, dans ce partenariat et dans ce modèle de gestion des maladies axé sur les preuves cliniques, c'est la conviction que les choses peuvent s'améliorer.

Cette conception de la santé se heurte à des difficultés qui sont loin d'être négligeables, comme vous n'avez certainement pas manqué de l'apprendre en écoutant parler les gens dans tout le pays. Il est nécessaire de faire preuve d'initiative pour saisir les occasions que nous offrent des projets comme ICONS. Le gouvernement du Canada est bien placé, je pense, grâce à des initiatives comme celle de votre comité, pour jouer un rôle très important de leader dans notre pays.

Je terminerai en insistant sur le fait que Merck Frosst continue à privilégier les règles de l'éthique ainsi que des partenariats efficaces en matière de santé pour toutes les maladies et à l'échelle du pays. Nous sommes confiants pour l'avenir.



Thank you very much for allowing me to make this presentation to you today.

**Senator Keon:** Dr. Somerville, you raised the old doctor's dilemma. Have you seen Shaw's play, *The Doctor's Dilemma*?

**Dr. Somerville:** No. I have not.

**Senator Keon:** You really must see it. When you do, I would like to talk to you after. Things have not changed.

The doctor's dilemma of our time is that if doctors are not involved in health care policy and health care management the system will go forth. There is a conflict there. Some doctors feel strongly that their total commitment is to be a patient advocate. I think they have to learn to deal with responsibility to the system as a whole, because what they are advocating for most patients is an entry into the system, at least the primary care physician is, and then he or she loses control of what happens next. If the primary care physician is not making a meaningful contribution to that, the system is not going to get better.

I am just going to tease you a bit. Frequently, that might superficially appear like compromise, that the system cannot be all things to all people, and frequently the solution is the best possible compromise.

**Dr. Somerville:** Well, "compromise" tends to be a dirty word. There was a car advertisement that said, "We make convertibles, not compromises."

However, I would like to respond to your very important question.

First of all, the physician, I think, has two roles today, and one is as the individual protector and advocate of the individual patient. The grave danger comes when that role becomes confused with the physician's role as a policy advisor, sometimes policy maker-policy decider. We must be very careful to keep those two roles operating separately, even though the physician might, at various times, play one or the other role.

Actually, at the risk of doing a bit of advertising here, I refer in my written presentation to a chapter in a book I have just written, *The Ethical Canary*. There is a chapter on the ethics of access to health care resources, and in it I go at some length into the very question that you have asked. One option would be to relieve the physician of that primary obligation of personal care to the patient. Personally, I think that would be a total disaster. It is the absolute foundation, the traditional base, of the trust relationship between the physician and patient.

As my written brief says, it is true that health care features similar to other industries in our society, but it is an industry like no other industry. One of the important respects in which that is true is that a physician has a relationship with a patient and power over a patient, indeed, even a kind of an intervention on a patient, that no other member of our society is privileged to have. It would

Merci de m'avoir donné l'occasion de vous présenter aujourd'hui cet exposé.

**Le sénateur Keon:** Docteur Somerville, vous venez d'évoquer le dilemme bien connu devant lequel se trouve le médecin. Avez-vous vu la pièce de Shaw, *Le dilemme du docteur*?

**La Dre Somerville:** Non.

**Le sénateur Keon:** Il vous faut absolument la voir. Lorsque vous l'aurez vue, j'aimerais vous en reparler. La situation n'a pas changé.

Le dilemme, de nos jours, c'est que si les médecins ne s'impliquent pas dans les politiques et dans la gestion des soins de santé, le système va suivre naturellement son cours. Il y a ici une contradiction. Certains médecins sont convaincus qu'ils doivent uniquement se faire le porte-parole du malade. Je pense qu'il leur faut aussi s'habituer à prendre aussi leurs responsabilités envers l'ensemble du système, parce que ce qu'ils préconisent pour la plupart des malades, c'est l'accès aux services, du moins c'est le cas du médecin situé en première ligne, après quoi il perd tout contrôle sur ce qui se passe par la suite. Si le médecin situé en première ligne n'apporte pas une contribution utile en la matière, le système ne va pas s'améliorer.

Je me fais quelque peu l'avocat du diable. Fréquemment, une solution peut apparaître à première vue comme un compromis, le système ne peut pas être parfait pour tout le monde et, souvent, c'est le meilleur compromis possible qui constitue la solution.

**La Dre Somerville:** Disons que le terme de «compromis» est très décrié. Je me souviens d'une publicité pour les automobiles dans laquelle on nous disait: «Nous faisons des décapotables, pas des compromis.»

Je vais quand même répondre à votre question très importante.

Tout d'abord, je considère que le médecin a deux rôles de nos jours, l'un étant de protéger les individus et de se faire l'avocat de chaque malade. Le grand danger, c'est lorsqu'on se met à confondre ce rôle du médecin avec celui de conseiller politique et parfois même de décideur politique. Nous devons prendre un soin extrême à bien séparer ces deux rôles, même s'il arrive que le médecin joue tantôt l'un, tantôt l'autre.

Excusez-moi de faire ma propre publicité, mais je vous renvoie en fait dans mon mémoire à un chapitre d'un ouvrage que je viens de rédiger: *The Ethical Canary*. L'un des chapitres de ce livre porte sur l'éthique de l'accès aux soins de santé et j'y évoque assez longuement la question que vous venez justement de poser. L'une des possibilités serait de dégager le médecin de cette obligation première envers les soins dispensés personnellement au malade. Je considère pour ma part que ce serait une véritable catastrophe. C'est le véritable fondement, la base traditionnelle de la relation de confiance entre le médecin et son malade.

Comme je l'ai dit dans mon mémoire, il est vrai que le secteur de la santé possède certaines caractéristiques apparentées à celles d'autres secteurs d'activité de notre société, mais notre secteur est comparable à nul autre. L'une des grandes raisons pour lesquelles il en est ainsi, c'est le fait que le médecin entretient des relations avec son malade, a un certain pouvoir et en fait peut intervenir en

be a very dangerous thing to change or damage that in any serious way. The big challenge for us is to keep those traditional and, I believe, necessary attributes of the physician-patient relationship, so that a patient knows the physician is acting in his best interest, free of conflict of interest, and, at the same time, to be able to organize our health care system so that it is viable, "sustainable," as it says in the report.

**Senator Keon:** Thank you for expanding on that.

Dr. Tambllyn, you just superficially touched, because of time constraint, on population health. I want to ask you what population health means to you, and before you answer I want to ramble on a bit.

I think because the health care delivery system only affects a small segment — the estimates are about 25 per cent, usually — of population health, and all the other forces are social forces, the wealth of the group concerned, the geography, et cetera, population health has not been used as the instrument it should be in the ongoing assessment of the performance of our health care delivery system. Since the Lalonde report, I have always felt — and I have not seen anything to convince me otherwise since that time — that the only way we will ever get a handle on accurate measurements of our performance in the health care system is using the basis of population health.

So, with that bit of a harangue, will you tell me what population health means to you, and then would you comment on its use as an instrument in the ongoing assessment and monitoring of the health care delivery system.

**Dr. Tambllyn:** We are just beginning to understand the determinants of health — "population health" to me is a bit of a slang word; it could mean many things to many people. In my mind, what you are trying to tackle is the fact that there are many things that influence people's health. It is not the health care system, it is not within its jurisdiction, it is not within its mandate, it is not within its responsibility.

With regard to the arena of injuries, in fact, most of it is outside the health care system. Related aspects are safe products, roads and their condition, driving speed and whether or not drinking and driving is happening. Those aspects are not within the health care domain. The health care domain relies heavily on jurisdictions outside of it, bureaucratic environments outside of it, in fact, to influence what ultimately they will get as the final graveyard of health problems, where they are going to have to spend money. If you really want to start much earlier in the process to determine people's health, then you will have to effectively deal with all these other sectors that will impact on health.

For example, if the Ministry of Transport decides to increase the driving speed — I was just in France, where the driving speed was 199 kilometers an hour; at least, that is how fast people were

quelque sorte sur la vie de celui-ci, ce qu'aucun autre membre de notre société n'est en mesure de faire. Il serait très dangereux de changer ou de gâcher cette relation. Le grand défi qu'il nous faut relever, c'est de conserver cet aspect traditionnel et, à mon avis, indispensable, de la relation entre le médecin et son malade, pour que le malade sache que le médecin agit pour son bien, sans aucun conflit d'intérêts, tout en étant par la même occasion en mesure d'organiser notre réseau de soins de santé pour qu'il soit viable, «durable» comme on le dit dans le rapport.

**Le sénateur Keon:** Merci de vous être longuement expliqué sur ce point.

En raison du temps limité qui nous est imparti, docteur Tambllyn, vous vous êtes contenté de survoler la question de la santé de la population. J'aimerais vous demander ce que vous entendez par santé de la population et, avant que vous me répondiez, je vais m'étendre quelque peu sur le sujet.

Je pense qu'étant donné que le réseau des soins de santé n'influe que sur une petite part — on l'estime généralement à 25 p. 100 — de la santé de la population, et que toutes les autres forces qui s'exercent sont des forces sociales, la richesse du groupe concerné, la géographie, et cetera, on ne s'est pas servi comme on l'aurait dû du critère de la santé de la population pour évaluer la performance de notre réseau de soins de santé. Depuis le rapport Lalonde, j'ai toujours eu le sentiment — et je n'ai rien vu jusqu'à présent qui puisse me convaincre du contraire — que ce n'est qu'en prenant comme base la santé de notre population que nous parviendrons un jour à mesurer précisément le rendement de notre réseau de soins de santé.

Donc, après cette tirade, est-ce que vous pouvez me dire ce que vous entendez par santé de la population et s'il vous paraît bon qu'on retienne ce critère pour évaluer et contrôler en permanence la performance du réseau des soins de santé.

**Le Dr Tambllyn:** Nous commençons tout juste à comprendre quels sont les facteurs qui déterminent la santé — «la santé de la population» relève pour moi d'un certain jargon; selon les gens elle aura des significations bien différentes. Dans mon esprit, il faut chercher à appréhender les nombreux facteurs qui influent sur la santé de la population. On ne les trouve pas dans le réseau des soins de santé, ils ne relèvent pas de sa compétence, de son mandat, de ses responsabilités.

Pour ce qui est des accidents, par exemple, la plupart des facteurs sont extérieurs au réseau de la santé. Ce qui compte, c'est la sécurité des produits, l'état des routes, la vitesse de circulation et le fait que l'on conduit ou non en état d'ivresse. Ces facteurs n'appartiennent pas au domaine de la santé. Les soins de santé sont largement tributaires de facteurs qui ne sont pas de leur ressort, de cadres administratifs externes, en fait, qui influent en fin de compte sur l'apparition des maladies et sur les décès et qui déterminent dans quel secteur on va dépenser de l'argent. Si vous voulez remonter en fait à la source pour juger de la santé de la population, il vous faudra alors vous intéresser effectivement à tous ces autres secteurs qui influent sur la santé.

Ainsi, si le ministre des Transports décide de porter la limite de vitesse — j'étais dernièrement en France, où la limite de vitesse était de 199 kilomètres à l'heure; du moins c'est à cette vitesse



driving. If in fact that is the allowed speed, the issue is one of unnecessary motor vehicle accidents and one of energy issues.

Let's take the example of genetically modified foods. No one really knows the consequences of GM foods. That issue is in the agricultural arena. There is also the issue of antibiotic use in agricultural animals and the extent to which that influencing resistance in humans.

Let's look at education. We do not quite understand the relationship between socio-economic status and health, but we do know that there is a relationship between having poor health and being less well off and being poorly educated. Why? Are there environmental influences? Could, for example, it be that something like a big steel refinery coughing out pollution produces negative effects on the health of those living near the factory? Or is it other things?

Let's look at one specific example. We now know that exercise has a positive influence on cardiovascular "wellness."

Maybe I should not say that. Dr. Montague is sitting next to me: I am sure he could tell us more.

In any event, we know that exercise influences glucose metabolism. Hence, the epidemics of diabetes and obesity in younger kids are related to exercise programs. At the same time, the Ministry of Education is cutting education budgets and teachers are refusing to get involved in extracurricular activities. What are we doing? We are ignoring an opportunity to encourage and teach physical fitness. This will have downstream negative effects on health. We are choosing to ignore this and instead to make immediate cuts in education, in order to not achieve the final goal of influencing the determinants of health.

Population health to me is influencing the determinants of health before you ever get into the health care system. It is one of the things that will make people healthy, keep them healthy, and that is what I am talking about.

**Senator Keon:** What about secondary prevention?

**Dr. Tamblyn:** Secondary prevention is equal — are you talking about earlier detection of disease and secondary prevention of complications?

**Senator Keon:** No, I am talking about after the hit has been made, after the 31 year old has had a heart attack and he is enrolled in a good secondary prevention program.

**Dr. Tamblyn:** Right.

**Senator Keon:** Where does that fit into population health?

que les gens conduisaient. Si c'est bien là la vitesse autorisée, le problème qui se pose, c'est celui des accidents d'automobile inutiles et de la consommation d'énergie.

Prenez le cas des aliments génétiquement modifiés. Personne ne connaît vraiment les conséquences des OGM. Cette question relève de l'agriculture. Il y a aussi la question de l'utilisation des antibiotiques dans l'alimentation animale et de son influence éventuelle sur la résistance humaine aux antibiotiques.

Considérons l'enseignement. Nous ne comprenons pas très bien la relation qui existe entre les conditions socioéconomiques et la santé, mais nous savons pertinemment qu'il y a une relation entre le fait d'être en mauvaise santé et la pauvreté ou le manque d'instruction. Pour quelle raison? Quelles sont les influences de l'environnement? Est-ce que c'est, par exemple, parce qu'une grosse aciérie qui est une source de pollution a des répercussions négatives sur la santé des personnes qui habitent près de l'usine? Où est-ce que c'est autre chose?

Prenons un exemple précis. Nous savons désormais que l'exercice exerce une influence positive sur la «santé cardio-vasculaire».

Mais je ne devrais peut-être pas parler comme cela. Le Dr Montague est assis à côté de moi: je suis sûr qu'il pourra vous en dire davantage.

Quoi qu'il en soit, nous savons que l'exercice influe sur le métabolisme du glucose. C'est pourquoi la prolifération des cas de diabète et d'obésité chez les enfants jeunes est liée au manque d'exercice. Parallèlement, le ministère de l'Éducation réduit les budgets consacrés à l'enseignement et les enseignants refusent de prendre part à des activités en dehors des cours. Que faisons-nous? Nous laissons passer la possibilité de promouvoir et d'enseigner l'éducation physique. Cela aura des conséquences préjudiciables en aval sur la santé. Nous choisissons de nous en désintéresser et nous préférons pratiquer immédiatement des compressions budgétaires dans le secteur de l'enseignement, ce qui ne nous permet pas d'atteindre finalement l'objectif qui détermine en fin de compte l'état de santé de notre population.

Les facteurs déterminant la santé de la population influent à mon avis sur les réseaux de la santé avant même qu'ils soient créés. C'est entre autres ce qui doit permettre aux gens d'être en santé, de le rester, et c'est ce qui me préoccupe avant tout.

**Le sénateur Keon:** Et pour ce qui est de la prévention secondaire?

**Le Dr Tamblyn:** Pour la prévention secondaire, c'est la même chose — parlez-vous d'une détection précoce des maladies ou de la prévention secondaire des complications?

**Le sénateur Keon:** Non, je veux dire une fois que la première attaque a eu lieu, une fois qu'une personne âgée de 31 ans a subi une attaque cardiaque et qu'elle est prise en charge par un bon programme de prévention secondaire.

**Le Dr Tamblyn:** Effectivement.

**Le sénateur Keon:** Quel est le rapport avec la santé de la population?

**Dr. Tambllyn:** Secondary prevention, by and large, is in the health care system. It involves approaches that are put in place within the health care system. In some diseases, secondary prevention is very effective, and oftentimes underused. For example, with stroke, the biggest predictor of another stroke is your first stroke. The biggest predictor of another heart attack is your first heart attack. The biggest predictor of another injury is your first injury. Hence, it is important in those instances to have effective intervention, secondary prevention. If those are available but are not being used, and the per case cost may be in the neighbourhood of \$20,000 per episode, that is a problem.

There is an orientation, culturally speaking, in the health care system to worry about today, the urgency of today, and not about tomorrow.

**Senator Keon:** The ICONS study is dealing with the health care delivery system, the 25 per cent that, in my opinion, is drastically affecting population health.

**Dr. Montague:** Yes.

**Senator Keon:** When we measure population health, we get distracted and do not look at the interventions in the health care delivery system itself.

What I want to steer you into is whether you have looked at the population health in the geographic area that that study applies to, and whether you have noticed any effect in population health.

**Dr. Montague:** Thank you very much, Senator Keon.

I do not have a definitive answer for Nova Scotia, in terms of longevity over a long period of time; we have not been doing it long enough. However, my sense is to define population health by something that we can get our hands around.

There is evidence from some constituencies, certainly Alberta, that the money spent on health care per capita from 1975 to 1995 drove well-accepted population health outcomes like longevity in that province. Some people say that the money we are spending on health care is not buying us anything; however, there is countervailing evidence, even in ICONS, which is now over five years. You see a year-over-year increase in the utilization of the proven therapies; you see an increasing or a decreasing morbidity and mortality around the end points that they are measuring in acute ischemic syndromes and heart failure.

Therefore, there is value, if you are defining population health around the whole provincial HMO, if you will. If you are looking at major burdens of illness like arthritis or cardiovascular disease, where there are a lot of endpoints that are occurring quickly, I think you will be able to see your interventions having an impact in a secondary prevention setting in a very short period of time.

**Le Dr Tambllyn:** Disons que la prévention secondaire, dans une large mesure, relève du réseau des soins de santé. Il faut faire des démarches qui s'inscrivent dans le cadre du réseau de la santé. Pour certaines maladies, la prévention secondaire est très efficace et, bien souvent, on n'y a pas assez recours. Ainsi, pour les attaques cérébrales, c'est la première attaque qui est le grand indicateur de la deuxième. Le principal indicateur d'une deuxième attaque cardiaque, c'est le fait qu'il y en ait une première. C'est le premier accident qui est le grand indicateur du deuxième. Il est donc important dans ces cas-là de pouvoir compter sur des mesures efficaces de prévention secondaire. Lorsqu'elles existent sans être utilisées, alors que chaque cas va coûter quelque 20 000 \$, c'est dommage.

On a tendance, ce sont les mentalités au sein du réseau de la santé, à s'inquiéter du présent, des urgences en cours, et non pas du lendemain.

**Le sénateur Keon:** L'étude ICONS porte sur le réseau de soins de santé, sur les 25 p. 100 de cas qui, à mon avis, ont une influence déterminante sur la santé de la population.

**Le Dr Montague:** Oui.

**Le sénateur Keon:** Lorsqu'on mesure la santé de la population, on devient distrait et on n'examine pas les interventions effectuées au sein même du réseau de la santé.

Ce que je veux en fait vous demander, c'est si vous vous êtes penché sur la santé de la population dans la zone géographique concernée par cette étude et si vous avez relevé une influence sur la santé de la population.

**Le Dr Montague:** Je remercie le sénateur Keon.

Je n'ai pas de réponse définitive en ce qui a trait à la longévité sur une longue période en Nouvelle-Écosse; il n'y a pas suffisamment longtemps que nous menons cette étude. J'ai toutefois tendance à définir la santé de la population à l'aide de critères concrets.

Il ressort de certaines populations, c'est évidemment le cas en Alberta, que le montant des crédits consacrés par habitant à la santé entre 1975 et 1995 a fait progresser des indices de santé de la population bien établis tels que la longévité dans cette province. Il y a des gens qui nous disent que l'argent que nous consacrons à la santé est dépensé en pure perte, mais nous avons cependant la preuve du contraire, même au sein du projet ICONS, qui a désormais plus de cinq ans d'âge. On constate une augmentation d'une année sur l'autre du recours aux thérapies qui ont fait leur preuve ainsi qu'une augmentation ou une diminution de la morbidité et de la mortalité aux points de mesure des attaques cardiaques et des insuffisances circulatoires aiguës.

Il y a donc un certain intérêt à partir du moment où on définit la santé de la population en fonction des OSSI intégrées à l'échelle de la province, si vous voulez. Si vous considérez des maladies très lourdes comme l'arthrite ou les maladies cardio-vasculaires, où l'on enregistre rapidement des résultats à différents niveaux de traitement, je pense que vous serez en mesure de constater les effets de votre intervention au niveau de la prévention secondaire dans un très court délai.



Let's take a disease like osteoporosis — which affects older women, who are traditionally undermanaged and undertreated in our health system, whatever their disease. With respect to a disease like osteoporosis, which takes a long time to manifest its final clinical occurrence, despite long presence at risk, it may not be as easy to see the outcome impact of the investments that are being made. Certainly when we have presented programs like ICONS across the nation in various forms, one of the criticisms we get from audiences is that we do not have a primary prevention arm. We cannot take on everything all at once. It is not that we are going for the low-hanging fruit, but I think, senator, as you have rightly pointed out, in cardiovascular disease that low-hanging fruit is our number 1 killer; it is a very worthwhile target.

Given time, we will get into the things that Dr. Tamblyn is making apparent to us are very important. I know that those things are contributing to the overall risk, but we will get more bang for our buck going for the high-burden illnesses, where there are so many, unfortunately, still occurring endpoints. Hence, that is where we have elected to go, and to go with partners.

In summary, my concept of public health definitely has an envelope that includes projects like ICONS, with a community face and a whole province trying to be involved with all of the patients as a target with that disease. Perhaps we will have an impact starting the secondary prevention.

**Senator Morin:** I have one comment and two questions. Mr. Chairman, I think it is important to realize that Dr. Montague is the leading Canadian authority on disease management programs. I know your own interest on this, and I think it is a very important issue. It is unfortunate that Dr. Montague had only six minutes to develop that very important issue.

I would suggest that Dr. Montague be invited to discuss generally what it is exactly. I understand what you have been doing — I am quite familiar with your own work — but what I think is important is for us to have an idea about what disease management is. I know you do not call it that, but let's call it a disease management program for a minute.

**Dr. Montague:** We call it that, senator, because that is what everybody else calls it.

**Senator Morin:** For diabetes, arthritis, and so on, there are problems of underuse and overuse of medication, and I think this would help us. Perhaps at some time, Mr. Chairman, we could re-invite Dr. Montague, who spent most of his professional life dealing with these problems, to deal specifically with that.

**The Chairman:** Certainly.

**Senator Morin:** Dr. Tamblyn, I am very much interested in your study. I remember very well the introduction of pharmacare in Quebec. It was a real mess. There was a lot of negative

Prenons une maladie comme l'ostéoporose — qui touche les femmes âgées, traditionnellement délaissée et sous-traitée par notre réseau de la santé, quelle que soit leur maladie. Dans une maladie comme l'ostéoporose, qui prend beaucoup de temps à se manifester sous ses effets cliniques ultimes, en dépit du fait que le risque existe depuis longtemps, il ne sera pas peut-être pas si facile de voir les résultats des investissements effectués. Il est certain que lorsque nous présentons dans tout le pays des programmes comme ICONS sous ses différentes formes, l'une des critiques que l'on nous fait, c'est que nous n'avons pas de service de prévention primaire. Nous ne pouvons pas faire tout en même temps. Nous ne nous contentons pas d'aller au plus pressé car je pense, sénateur, comme vous l'avez fait justement remarquer, que dans les maladies cardio-vasculaires il faut justement parer au plus pressé car c'est là la source principale des décès; c'est un objectif tout à fait légitime.

Avec le temps, nous en viendrons à tout ce que le Dr Tamblyn a évoqué et dont il nous a bien fait comprendre l'importance. Je sais que tous ces facteurs contribuent à faire augmenter le risque global, mais nous rentabilisons davantage notre action en nous attaquant aux maladies lourdes qui continuent, malheureusement, à frapper beaucoup de gens. C'est donc ce que nous avons choisi de faire, et cela dans le cadre de partenariats.

Pour résumer, ma conception de la santé publique représente sans conteste un tout qui fait appel à des projets comme ICONS avec une dimension communautaire et la participation de toute une province avec l'ensemble des malades pour faire pièce à la maladie. Nous pourrions peut-être exercer une influence en mettant sur pied la prévention secondaire.

**Le sénateur Morin:** J'ai un commentaire à faire et deux questions à poser. Monsieur le président, il est important de savoir que le Dr Montague est le plus grand spécialiste au Canada des programmes de gestion des maladies. Je sais à quel point il s'intéresse à la question, que je considère très importante. Il est bien dommage que le Dr Montague n'ait eu que six minutes pour exposer cette question essentielle.

Je propose que l'on invite le Dr Montague à nous exposer précisément cette question. Je comprends votre action — je connais bien vos travaux — mais je pense qu'il est important pour nous d'avoir une idée de ce qu'est la gestion des maladies. Je sais que ce n'est pas ainsi que vous appelez la chose, mais parlons pour l'instant de programme de gestion des maladies.

**Le Dr Montague:** C'est ainsi que nous appelons la chose, sénateur, parce que c'est ainsi que tout le monde l'appelle.

**Le sénateur Morin:** Dans le cas du diabète, de l'arthrite, et cetera, il y a des problèmes de sous-utilisation et de surutilisation des médicaments, et je pense que ça pourrait nous aider. Nous pourrions peut-être réinviter à un moment donné le Dr Montague, monsieur le président, qui a consacré la plus grande partie de sa vie professionnelle à traiter de ces problèmes, à s'occuper précisément de ça.

**Le président:** Nous n'y manquerons pas.

**Le sénateur Morin:** Docteur Tamblyn, j'ai été très intéressé par votre étude. Je me souviens très bien de la mise en place du programme de soins pharmaceutiques au Québec. Ce fut un

publicity surrounding the program. The government was always changing user fee levels: there were problems with computer programs, and then computers kept crashing; pharmacists did not want to fill in prescriptions. I remember calling Merck to send me all sorts of samples, to give to my patients. The program was an administrative mess.

I am amazed that the government has not been sued over that. Some of my patients stopped taking their medications. They were under the impression that they could not have their drugs at all anymore. Your study found that mentally ill patients were the most affected; of course, they are the most fragile in a situation like this.

There is no doubt there were undesirable effects; I saw them.

However, I am not sure that it was a study of user fees; I think it was more a study of a terrific mess that went on for months. There was real turmoil.

I think you should repeat your study, see the same group today. I cannot recall the amount, \$4 or \$5 a month, but I am sure these people are back taking their medications.

I would caution you not to apply this study of user fees to the health care system or to every country in the world. I am not proposing that we should bring in user fees — but let's fact it, almost every country in the world has user fees today. In Canada, most private insurance programs have user fees. Hence, I would be very careful.

All of that was by way of a comment, not a question.

I should like to move to Mr. Skilton.

**Dr. Tambllyn:** I agree that it is important never to take a single study, as you point out, by itself. However, the difficulty we have is that every single study that has ever looked at this has shown exactly the same thing. It may be that the implementation of user fees always produces chaos in the consumer population, but the basis and rationale for user fees is essentially not substantiated by any evidence.

What is the evidence to suggest that the mentally ill, for example, were misusing their medication?

**Senator Morin:** No, you did not get my point. They were not taking it because they are more fragile; understand? When the program was introduced and the administrative mess ensued, for all sorts of reasons people did not take their medications. I just spoke about pharmacists — in any event, I do not want to get in an argument here.

Mr. Skilton, tell us a bit about reference pricing.

**Mr. Skilton:** Reference pricing really hinges on the assumption that all chemical molecules in a given class are the same. It also depends, however, on a price differential, and I would say a meaningful price differential between those molecules in the same

véritable désastre. On a fait beaucoup de publicité négative au sujet de ce programme. Le gouvernement changeait constamment les taux de remboursement des usagers, il y a eu des problèmes d'informatique, les ordinateurs étaient constamment en panne et les pharmaciens ne voulaient pas rédiger les prescriptions. Je me souviens d'avoir demandé à Merck de m'envoyer toutes sortes d'échantillons pour les donner à mes malades. Ce programme a été une véritable catastrophe sur le plan administratif.

Je suis étonné que l'on n'ait pas poursuivi le gouvernement à ce titre. Certains de mes malades ont arrêté de prendre leurs médicaments. Ils avaient l'impression qu'il ne leur était plus permis de le faire. Votre étude nous révèle que ce sont les malades mentaux qui ont été les plus touchés; bien entendu, ce sont les plus fragiles dans une telle situation.

Il est indéniable qu'il y a eu des effets pernicieux; je les ai vus.

Je ne suis pas sûr, toutefois, que ce sont les frais payés par les usagers qui en étaient la cause; je pense que c'était davantage l'effet d'une terrible désorganisation qui a duré pendant des mois. C'était une véritable gabegie.

Je pense que vous devriez répéter votre étude en reprenant aujourd'hui le même groupe de personnes. Je ne me souviens pas du montant, 4 ou 5 \$ par mois, mais je suis sûr que ces personnes prennent à nouveau leurs médicaments.

Je vous déconseille d'appliquer cette étude des frais payés par les usagers à l'ensemble du réseau de la santé ou à tous les pays du monde. Je ne préconise pas la mise en place de frais payés par les usagers, mais il faut bien reconnaître que tous les pays du monde y ont recours aujourd'hui. Au Canada, la plupart des régimes d'assurance privés font payer des frais aux usagers. Par conséquent, je demande que l'on soit très prudent.

Ce n'était là qu'un commentaire, pas une question.

Je vais maintenant m'adresser à M. Skilton.

**Le Dr Tambllyn:** Je suis d'accord pour dire qu'il est important de ne jamais considérer qu'une seule étude, comme vous venez de l'indiquer. Le problème, cependant, c'est que toutes les études qui ont été faites sur le sujet arrivent à la même conclusion. Il est possible que la mise en place des frais payés par les usagers bouleverse systématiquement les habitudes des consommateurs, mais les fondements et la raison d'être de ces frais n'est pour l'essentiel pas corroboré par les faits.

Quelles sont les preuves qui nous montrent, par exemple, que les malades mentaux utilisaient mal leurs médicaments?

**Le sénateur Morin:** Non, vous ne m'avez pas compris. Ils ne les prenaient pas parce qu'ils sont plus fragiles, vous me comprenez? Lorsque ce programme a été mis en place et qu'il en est résulté un chaos administratif, pour toutes sortes de raisons les gens n'ont pas pris leurs médicaments. Je parlais simplement des pharmaciens — quoi qu'il en soit, je ne voulais pas me lancer ici dans une polémique.

Monsieur Skilton, parlez-moi un peu des prix de référence.

**M. Skilton:** Les prix de référence partent essentiellement de l'hypothèse que toutes les molécules chimiques d'une catégorie donnée sont les mêmes. Cela dépend aussi, cependant, d'une différence de prix, et je dirais d'une différence de prix



class. Without that, it is a price control mechanism, or a way to get cost savings. Without a significant price differential, we will not realize any gain at all.

When you look at the price of various molecules — let's take the statins as an example. There are six, seven or eight different statins to treat cholesterol. The price differential of those molecules is plus or minus 5 per cent, with one exception, that exception being — I will not disclose which product it is, but there is one product on the market that is nearly half the cost. One might ask: Why do not we reference it to that particular product? Well, the particular product also happens to be half as effective, clinically. Hence, market dynamics work in that kind of system.

We know that if we come to market with a product that is half as effective as the rest of the products, there is no possible way we can come out with an equal parity price and expect to get anything on the market. Hence, market dynamics, I think, do work.

It is also important to reflect on two other things.

First, I firmly believe that partnership is important. I believe that we each have specific interests. I also believe that we are each committed to a sustainable quality health care system. The challenge becomes how to make it work. Reference pricing forces the hand — the interests of one stakeholder forces the hand of many others.

Reference pricing was tried in Norway. The outcome was that patients were dissatisfied because they had to pay more, and physicians were dissatisfied because they were spending more of their office time consulting on costs than care. There was significant stakeholder dissatisfaction.

Patient health management brings different partners together to look at the evidence and to look at affordability. Collectively, they implement a system that they can measure and move collectively towards a common goal. It works because all of the stakeholders are aligned towards a common goal.

**The Chairman:** Dr. Tamblyn, Quebec is the only jurisdiction with a universal drug plan. As such, are other studies being done on the plan — for example, who has been helped, who has been hurt — other than the one you referenced it in your handouts? You also gave us an article from the *Journal of the American Medical Association*.

If there are other studies, can you point us to them?

**Dr. Tamblyn:** A lot of money is being spent on pharmacare — there are policies across the country for formula exclusion, inclusion, cost sharing of various components — but there is really very little information about the process.

**The Chairman:** Are you saying that the policy evaluation process —

significative entre ces molécules de la même catégorie. Sinon, c'est un mécanisme de contrôle des prix ou d'une façon d'économiser. Sans une différence de prix significative, nous n'y gagnerons absolument rien.

Lorsque vous considérez le prix de différentes molécules — prenons l'exemple des statines. Il y a six, sept ou huit statines différentes pour traiter le cholestérol. La différence de prix de ces molécules est de plus ou moins cinq pour cent, à une exception près, cette exception étant — je ne révélerai pas le nom du produit, mais il y a un produit sur le marché qui coûte près de deux fois moins cher. On peut se demander pourquoi nous n'établissons pas le prix de référence en fonction de ce produit. Eh bien, il faut voir que ce produit est aussi deux fois moins efficace sur le plan clinique. Par conséquent, la dynamique du marché produit ses effets dans ce genre de système.

Nous savons que si nous nous présentons sur le marché avec un produit deux fois moins efficace que les autres, il est impossible de le vendre au même prix et de s'attendre à ce que le marché entérine la chose. Les forces du marché donnent donc des résultats, à mon avis.

Il est important par ailleurs de réfléchir sur deux autres points.

Tout d'abord, je suis convaincu que le partenariat a son importance. Je pense que nous avons tous des intérêts bien précis. Je considère par ailleurs que nous sommes tous en faveur de soins de santé de qualité à long terme. Le défi est d'y parvenir. Les prix de référence nous forcent la main — les intérêts d'une partie prenante forcent la main de beaucoup d'autres.

On a essayé d'imposer des prix de référence en Norvège. Finalement, les malades étaient mécontents parce qu'il leur fallait payer davantage et les médecins se plaignaient de devoir passer plus de temps dans leur bureau à consulter les prix qu'à dispenser des soins. Il y a eu une grande insatisfaction chez toutes les parties prenantes.

La gestion de la santé des malades fait appel à différents partenaires, qui se penchent sur les réalités et qui examinent la rentabilité. Collectivement, ils mettent en place un régime qu'ils peuvent évaluer et qui est établi en fonction d'un but commun. Ça donne des résultats parce que toutes les parties prenantes s'efforcent d'atteindre un but commun.

**Le président:** Docteur Tamblyn, le Québec est la seule province ayant un régime d'assurance-médicaments universel. Est-ce que dans ce cadre d'autres études ont été effectuées au sujet du régime — par exemple, qui en a profité, qui a été lésé — à l'exception des personnes que vous avez mentionnées dans vos brochures? Vous nous avez aussi remis un article du *Journal of the American Medical Association*.

S'il y a d'autres études, pourriez-vous nous les signaler?

**Le Dr Tamblyn:** On consacre beaucoup d'argent aux régimes de soins pharmaceutiques — il y a des politiques dans tout le pays permettant d'exclure ou d'inclure certaines formules, de partager le coût des différentes composantes — mais l'on a très peu de renseignements concernant les mécanismes.

**Le président:** Est-ce que selon vous le mécanisme d'évaluation des politiques...

**Dr. Tambllyn:** I am saying that it is scant across the ground. It is frightening. This is virgin territory.

**The Chairman:** Hence, in spite of the fact that Saskatchewan, British Columbia and Quebec have programs — the Atlantic provinces do not have any. I would assume that in excess of \$1 billion of public funds is being spent on those programs, right?

**Dr. Tambllyn:** I just talked to Ontario yesterday, and they are spending \$2 billion a year on their program.

**The Chairman:** I am amazed, and depressed, by the scarcity of management information in the health care industry, an industry that is so information intensive. There was a time when I could ask the president of a hospital, "What does a hip replacement cost?" Today, nobody has the foggiest notion.

If everyone ran their businesses that way, we would be in a lot of trouble.

**Dr. Montague:** I think what Dr. Tambllyn says is correct, that there is little in terms of evidence-based policy application across the country for health care. There could be a lot more. There is a lot of data in the health system, but very, very little information.

It is very difficult to undo a policy; implementation is much easier. Hence, we should learn from research projects, like the one we have talked about here, that find unintended adverse policy outcomes. It is important for policy makers to think about these things. In the long term, it is important to have the data before a policy is put in place.

Having said all of this, of course, Canada is no different than any other country. Other countries have the same problem. It is what Minister Boudreault at the time complained about when we started ICONS — they wanted to manage by outcomes, but they were forced to manage by cost because they did not have the outcomes. However, one of the spin-offs of a measurement-oriented disease-management program is that it starts to fill in the information gap; it is not just a collection of other data.

**The Chairman:** Right.

So, Dr. Tambllyn, keep doing projects like that, because at some point the system will acquire enough information.

**Senator Robertson:** Mr. Skilton, we have heard for some time about the lengthy approval process in trying to get a new drug to market. How does our Department of Health compare to the length of time required to get approval in other countries?

**Mr. Skilton:** In your package, you will see a reference to a study by Dr. Rossen, who studied Canada, Australia, Sweden, and the United States in terms of the approval process. They looked at the review process for 87 molecules common to all countries.

**Le Dr Tambllyn:** Ce que je dis, c'est qu'il est presque inexistant. C'est affolant. C'est un terrain à défricher.

**Le président:** Voilà pourquoi, en dépit du fait que la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le Québec ont des programmes — les provinces des Maritimes n'en ont pas. Je suppose que plus de 1 milliard de dollars de fonds publics sont dépensés au titre de ces programmes, n'est-ce pas?

**Le Dr Tambllyn:** Je parlais hier aux représentants de l'Ontario, et ils m'ont dit que la province dépensait 2 milliards de dollars par an au titre de son programme.

**Le président:** Je suis surpris et déçu par le manque d'information sur la gestion dans le secteur de la santé, un secteur qui fait tellement appel à l'information. À une certaine époque, je pouvais demander au président d'un hôpital: «Combien coûte la mise en place d'une hanche artificielle?» Aujourd'hui, personne n'en a la moindre idée.

Si le responsable de toute autre entreprise pratiquait ce genre de gestion, il courrait au devant des ennuis.

**Le Dr Montague:** Je pense que le Dr Tambllyn a raison de dire que l'on sait très mal sur quelle réalité se fondent les politiques de gestion des soins de santé dans notre pays. On pourrait en faire bien davantage. Nous avons beaucoup de statistiques dans notre réseau de la santé, mais très peu d'information.

Il est très difficile de revenir sur une politique: la mise en place est bien plus facile. Par conséquent, nous devrions tirer parti des projets de recherche, comme celui que nous venons d'évoquer, qui constate que certaines politiques ont des effets pervers. Il est important que les décideurs pensent à ce genre de chose. À long terme, il est important de disposer des données pertinentes avant qu'une politique soit mise en place.

Tout cela étant dit, il est évident que le Canada ne diffère pas des autres pays. Tous les autres pays ont les mêmes problèmes. C'est ce dont s'est plaint le ministre Boudreault au moment où nous avons mis en place le projet ICONS — les responsables voulaient gérer en fonction des résultats, mais ils étaient forcés de le faire en fonction des coûts parce qu'ils ne disposaient pas des résultats. Toutefois, l'une des retombées positives d'un programme de gestion des maladies axé sur des critères de mesure, c'est qu'il a commencé à combler le manque d'information: il ne s'agit pas simplement de recueillir des statistiques sans signification.

**Le président:** Effectivement.

Par conséquent, docteur Tambllyn, il faut continuer à mettre en oeuvre des projets de ce type, parce qu'à un moment donné le réseau disposera de suffisamment d'information.

**Le sénateur Robertson:** Monsieur Skilton, nous entendons parler depuis un certain temps de la longue procédure qu'il faut suivre avant de pouvoir commercialiser un nouveau médicament. Quelle est la longueur de la procédure imposée par notre ministère de la Santé comparativement à ce qui se fait dans d'autres pays?

**M. Skilton:** Dans votre documentation, vous verrez que l'on fait état d'une étude effectuée par le Dr Rossen, qui a étudié la procédure d'autorisation au Canada, en Australie, en Suède et aux États-Unis. Il s'est penché sur la procédure d'examen de



They found the process in terms of time to be similar in Canada and Australia, both of which are significantly longer than Sweden and the United States. They also did a subanalysis on priority drugs, and found that Canada and Australia lag significantly behind Sweden and the United States in getting approvals of these products, so that patients can have access to them.

I would like to illustrate with one example. It is sad and telling, at the same time. An asthma drug by the name of Singulair was discovered here in Canada: nevertheless, Canada was the 29th country to approve Singulair in the world. That is mind-boggling.

**Senator Morin:** Was it a Canadian discovery?

**Mr. Skilton:** It was a Canadian discovery.

**Senator Robertson:** If anyone has any recommendations about how we can improve that process, we would love to hear them. I know this topic has been kicked around for years, but the same complaints keep coming up. Surely, there has to be a better process. If any of you, perhaps with help from your friends in the industry, can design a better process, it might be rather fun to look at it.

**Mr. Skilton:** Let me just respond to that. The TPP has conducted several internal assessments over the last 10 years. I think it is time for a public review of that organization. I know many other countries have headed in a different direction, and it might be time for that to happen.

**Senator Yves Morin** (*Acting Chairman*) in the Chair.

**The Acting Chairman:** I wish to thank all the witnesses for their attendance here today. We appreciate it.

[Translation]

Senators, our next witness is the director general of the Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, Monsieur Smereka.

**Mr. Myroslaw Smereka, Director General, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées:** On behalf of the Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, I wish to thank the Senate committee for giving us this opportunity to speak and to put forward our arguments and recommendations in this matter.

Our association was established in 1979 and now has 40 sections throughout the province of Quebec. Our mandate is to safeguard the economic, cultural and social rights of retired and semi-retired persons.

What the AQDR is asking for is an adequate income above the poverty line, decent housing at an affordable price, home care that allows people to go on living independent lives, equality — both under law and in fact — between men and women, and free and universal access to health care and social services.

87 molécules que l'on retrouve dans tous ces pays. Il a constaté que la durée de la procédure était à peu près la même au Canada et en Australie, et que dans ces deux cas elle était nettement plus longue qu'en Suède ou qu'aux États-Unis. Il a procédé à une analyse sectorielle des médicaments prioritaires, constatant que le Canada et que l'Australie mettaient nettement plus longtemps que la Suède ou les États-Unis à autoriser ces produits et faire en sorte que les malades puissent en disposer.

Je vais vous donner un exemple. Il est triste et révélateur en même temps. Nous avons découvert ici même au Canada un médicament contre l'asthme, dont le nom est Singulair; le Canada a toutefois été le 29e pays à l'autoriser. C'est aberrant.

**Le sénateur Morin:** C'était une découverte canadienne?

**M. Skilton:** C'était une découverte canadienne.

**Le sénateur Robertson:** Si l'un d'entre vous peut nous recommander un moyen d'améliorer cette procédure, nous serions heureux de l'entendre. Je sais que la question est évoquée depuis des années, mais les plaintes reviennent toujours sur le tapis. Il doit certainement y avoir une meilleure procédure. Si l'un d'entre vous, éventuellement avec l'aide de vos collègues de l'industrie, réussit à concevoir une meilleure façon de procéder, ça pourrait être intéressant.

**M. Skilton:** Laissez-moi répondre à cette question. On a procédé, dans le cadre du PPT, à plusieurs évaluations internes au cours des 10 dernières années. Je crois qu'il est temps que l'on procède à un réexamen public de cette organisation. Je sais que bien d'autres pays se sont engagés dans une autre voie, et il serait peut-être temps qu'on le fasse.

**Le sénateur Yves Morin** (*président intérimaire*) occupe le fauteuil.

**Le président intérimaire:** Je tiens à remercier tous les témoins d'être venus aujourd'hui. Nous avons apprécié leur contribution.

[Français]

Sénateurs, notre prochain témoin est le directeur général de l'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées, Monsieur Smereka, la parole est à vous.

**M. Myroslaw Smereka, directeur général, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées:** L'Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées remercie le Comité sénatorial de l'opportunité de s'exprimer et de faire valoir ses arguments et recommandations.

L'Association a été créée en 1979 et elle compte maintenant 40 sections à travers toute la province de Québec, dont justement la mission est de défendre les droits économiques, culturels et sociaux de l'ensemble des personnes retraitées et préretraitées.

Les principales revendications de AQDR sont un revenu adéquat au-dessus du seuil de pauvreté, un logement convenable à prix abordable, des services et soins à domicile pour maintenir l'autonomie, l'égalité en droit et en faits des femmes et des hommes, et l'accessibilité universelle et gratuite des services de santé et des services sociaux.

The three points we would like to raise today go beyond the goal of safeguarding the interests of seniors, that is to say the interests of one sector of the population. What we wish to address goes to the very logic of the Committee's mandate.

Our first point is to suggest we adopt the concept of patient as opposed to that of consumer of health services.

Our second point turns upon the role of private for-profit suppliers of health services as opposed to that of private non-profit agencies.

And third, the issue of the types of health care provided under the Canada Health Act as compared to the types of health care that will be dispensed as more and more of these medical services are delivered outside a hospital setting, which is to say within the community and at home.

To conclude, we will briefly comment on health promotion and preventive care for seniors, regarding more specifically the interests of retired and semi-retired people.

On the first point: We should begin by saying we agree with Dr. Noralou Roos, professor in the Department of Community Health Sciences of the University of Manitoba, and with what she stated before the Senate committee in Winnipeg, this past mid-October. Let me quote the *Winnipeg Free Press* of October 16:

[English]

It (the Senate report) plays into the ideological debate that the private sector is the saviour to the public sector, that is failing. Your view of private versus public health care is very unbalanced. In summary, you are not delivering a factual non-ideological report.

[Translation]

We begin by saying that we are of the same opinion.

**The Acting Chairman:** I should specify at this point that we are not really drawing up a report, but simply outlining options. You are therefore perfectly free not to opt for the private system. The committee has itself never expressed a preference in that regard. I do not believe Dr. Roos did either. She is opposed to the public system, is that also your position? That choice is entirely up to you.

**Mr. Smereka:** We will come back to that when addressing our second point. Private means private for-profit as opposed to private non-profit.

**The Acting Chairman:** I see.

**Mr. Smereka:** We are not, therefore, necessarily opposed to the private sector on this issue.

**The Acting Chairman:** No, I understand what you were saying.

**Mr. Smereka:** I would now like to speak of the distinction to be made between patient and consumer of health services.

From the economic standpoint, the provision of health services includes a series of transactions whereby a consumer, known as

Les trois points qu'on voudrait soulever dépassent la problématique stricte de dire qu'on témoigne pour défendre les intérêts des aînés ou un certain corporatif. On veut s'adresser à la logique même de ce qu'est le mandat du Comité.

Le premier point, c'est le concept de patient comparé au concept de consommateur de soins de santé.

Le deuxième, c'est la question du rôle que l'entreprise privée à but lucratif de soins de santé doit jouer comparé au rôle de l'entreprise privée à but non lucratif.

Et troisièmement, la question des soins de santé assurés par la Loi canadienne sur la santé comparée aux soins de santé pouvant être assurés par la Loi, à mesure que les soins sont de plus en plus prodigués en dehors des hôpitaux, c'est-à-dire dans la communauté et à domicile.

Et en terminant, on fera un bref commentaire sur la promotion de la santé et de la prévention auprès des aînés, plus spécifiquement en ce qui a trait aux intérêts des aînés.

Le premier point: D'entrée de jeu, nous sommes d'accord avec le docteur Noralou Roos, professeure du Département des sciences de la santé communautaire de l'Université du Manitoba, lorsqu'elle a témoigné devant ce Comité sénatorial à Winnipeg, à la mi-octobre dernier. On cite le *Winnipeg Free Press* du 16 octobre:

[Traduction]

Le rapport (du Sénat) s'inscrit dans le débat idéologique qui veut que le secteur privé soit le sauveur du secteur public, qui est en faillite. Votre conception des relations entre le secteur privé et le secteur public est très biaisée. En somme, vous ne nous remettez pas un rapport factuel, non idéologique.

[Français]

Donc, d'entrée de jeu, nous sommes de la même opinion.

**Le président intérimaire:** Je peux vous dire qu'on ne fait pas vraiment de rapport, ce sont des options. Alors, vous pouvez ne pas choisir le système privé, c'est parfait. Mais le Comité n'a jamais fait de choix. Je ne pense pas que le docteur Roos ait dit cela elle non plus. Elle est contre le système public, vous l'êtes aussi? C'est votre option, c'est votre choix.

**M. Smereka:** Lorsqu'on abordera le deuxième point, on va préciser. Privé, c'est privé à but lucratif contre privé à non but lucratif.

**Le président intérimaire:** D'accord.

**M. Smereka:** Donc, pas nécessairement contre le privé.

**Le président intérimaire:** Non, je comprends très bien ce que vous dites.

**M. Smereka:** Abordons la question du patient comparée à la question de consommateur de soins de santé.

Selon une perspective économique, l'obtention de soins de santé est une série de transactions dans lesquelles un



the patient, requests services from a supplier who in turn will be paid for the services thus provided.

To illustrate the conceptual difference between a patient and a consumer of health services, let us compare two possible scenarios: on the one hand, you have a consumer of whatever and, on the other, two possible scenarios for the consumer of health care services.

First example: You are dealing with any type of service. You call a taxi and ask the driver to take you to the other end of town. You do not have enough money to pay the fare. Should you still get taken to your destination?

Let us now go to the health care scenarios. You arrive at a hospital emergency department with a ruptured appendix. You do not have enough money to pay for the operation. Should you receive treatment nonetheless?

Second series of scenarios: You have won an all-expenses paid trip to a destination of your choice, subject to only one condition. You must embark on your trip within the next twelve months. Should you accept the prize?

Health care: You have won an open-heart operation in the hospital of your choice subject to only one condition: the operation must take place within the next twelve months. Should you accept?

We see, from this comparison, that health care is not a product like any other product, but rather a merit good provided on the basis both of need and of merit.

Market models are not designed to allocate resources on the basis of need but on the basis of demand, that is to say on the basis of what I want and what I can afford.

I may be able to say what I want, but society allows health professionals to determine what it is that I need. Consumers buy what they want, what they ask for and what they can afford. Patients receive what they need. This is all the more true inasmuch as our society considers it a breach of ethics to supply medical services we do not need.

The problem of finding the resources necessary to pay for something that we need is fundamentally different from that of paying for things that we simply want or that we insist upon.

Second point: The issue of the proper role of a private for-profit health care provider as opposed to the role of the private non-profit health care provider.

As Ms Raisa B. Deber of the Department of Health Administration of the University of Toronto stated in one of her articles, health care systems are three dimensional: there is the financing aspect, the provision aspect and the allotment aspect. Financing includes the ways in which money will be gotten from the various consumers, including from potential consumers of health care services.

consommateur souvent, connu comme un patient, demande des services à un fournisseur qui, à son tour, est payé par quelqu'un pour les services qu'il fournit.

Pour illustrer la différence conceptuelle entre un patient et un consommateur de soins de santé, nous comparerons deux scénarios de choix: d'un côté un consommateur d'un bien ordinaire contre deux scénarios de choix d'un consommateur de services de soins de santé.

Premier exemple: Le scénario face à un bien ordinaire. Vous appelez un taxi et demandez à un chauffeur de vous amener à une destination à l'autre bout de la ville. Vous n'avez pas assez d'argent pour payer les frais de voyage. Devez-vous tout de même être transporté?

Prenons maintenant le scénario en soins de santé. Vous arrivez à la salle d'urgence d'un hôpital avec un appendice perforé. Vous n'avez pas assez d'argent pour la chirurgie. Devriez-vous tout de même être traité?

Deuxième ensemble de scénarios: Vous avez gagné un voyage toutes dépenses payées à une destination de votre choix avec une seule condition: que le voyage doit être effectué dans les douze prochains mois. Acceptez-vous?

Soins de santé: Vous avez gagné une chirurgie à cœur ouvert dans l'hôpital de votre choix avec une seule condition: la chirurgie doit être effectuée dans les douze prochains mois. Acceptez-vous?

Nous voyons par cette comparaison que les services de soins de santé ne sont pas un bien ordinaire mais plutôt un «bien mérite». En anglais on parle de «merit good» dont l'allocation est fondée sur le besoin et le mérite.

Or, les modèles de marché ne sont pas conçus pour l'affectation de ressources sur la base de besoins, mais sur la base de demandes, c'est-à-dire sur ce que je veux, supporté par un pouvoir d'achat.

Je peux vous dire ce que je veux, mais notre société permet aux professionnels de la santé de déterminer ce dont j'ai besoin. Les consommateurs achètent ce qu'ils veulent, demandent, et peuvent payer. Les patients reçoivent ce dont ils ont besoin. Et ce, d'autant plus que notre société considère comme manquement à l'éthique l'action de fournir des services dont on n'a pas besoin.

En fait, l'enjeu de trouver des ressources pour payer pour quelque chose dont on a besoin est fondamentalement différent de payer pour des choses que nous voulons ou demandons.

Deuxième point: La question du rôle que l'entreprise privée à but lucratif de soins de santé doit jouer contre le rôle de l'entreprise privée à but non lucratif.

Comme l'explique Mme Raisa B. Deber du Département d'administration de la santé de l'Université de Toronto, dans un de ses articles, les systèmes de soins de santé ont trois dimensions: le financement, la prestation et l'affectation. Le financement comprend les méthodes par lesquelles l'argent est obtenu de tous les consommateurs, y inclus les consommateurs potentiels de soins de santé.

Provision includes the ways these health care services are organized and delivered. Allotment includes the various ways in which financing and provision come together, for example in the way suppliers will be paid for what they do.

There are several models of how we can arrange for the money to flow between the patient and the health care provider. The difference between these various models stems from the number of intermediaries involved.

We have included, in the appendix, three examples of the way money can flow to and from when you buy directly, as used to be the case previously under our health insurance system. Table 2 outlines our health insurance system and lists, what is even more complex, various regional or private entities, and so the money in fact flows in four directions. That is what the tables show.

But the last model, the fourth one, opens the door to private for-profit health care providers. The health care providers here take on the responsibility of making sure that a preestablished range of services are delivered to a preestablished patient population.

In Canada the health care system is mainly funded by the state, with services being provided by the private sector. But this private sector is mostly non-profit since more than 95 per cent of Canadian hospitals are administered by non-profit corporations acting under a community-based board of directors, volunteer agencies or municipalities.

The choice comes in at the allotment level. The allotment of tax moneys, either towards private for-profit health care providers or towards salaries and benefits for health care workers in private non-profit facilities.

It is easy to confuse the financial aspect and the health care provision aspect. Under the Canadian system, though health care services are not supplied by the state they are funded by the state.

Third point: This point concerns health services that are currently being provided, as opposed to those which might be provided further on.

A Health Canada pamphlet entitled "The Canadian Health Care System" clearly outlines the fundamental issue. The debate has gone beyond the health care system to address the issue of health itself, recognizing that health implies more than just health care. The new policy directions taken by the provinces follow this paradigm shift. The focus is now on a more comprehensive and integrated health concept and no longer simply on health care.

In other words, governments have responded to the need to adapt the health care system to present day realities by encompassing a number of health factors, recognizing that although health care contributes greatly to health, these must be seen as only one element among a larger number of health factors.

According to the quote from the Health Canada pamphlet, the health care system has been given a new direction and it now relies less on a clinical care model, that is to say on the services of doctors working in a hospital setting, and more on a community

La prestation comprend la façon dont ces services de soins de santé sont organisés et livrés. Et l'affectation comprend la variété de façons dont le financement et la prestation sont liés, par exemple, la façon dont on choisit de payer les fournisseurs.

Plusieurs modèles de mouvements de fonds entre le patient et le fournisseur de soins de santé existent. Ce qui distingue ces méthodes ou ces modèles, c'est le nombre d'intervenants.

Et vous avez, en annexe, trois exemples de mouvements de fonds à deux directions quand on achète directement comme on le faisait avant dans notre système d'assurance santé. Ensuite, le tableau 2 démontre notre système d'assurance santé, et encore plus complexe, des organismes régionaux ou privés, donc à quatre directions. Ces tableaux illustrent donc cela.

Or, ce système, le dernier modèle, le quatrième, ouvre justement la porte à l'entrée en scène des entreprises privées à but lucratif. L'organisation fournisseur prend la responsabilité de s'assurer de la prestation de panier de services préétablis à une liste de patients prédéfinis.

Or, le système de soins de santé du Canada est principalement financé par l'État et les services sont fournis par le secteur privé. Mais ce secteur privé est à but non lucratif, car plus de 95 p. 100 des hôpitaux canadiens sont administrés par des entités à but non lucratif dirigées par des conseils communautaires d'administration, des organismes bénévoles ou des municipalités.

Le choix est donc au niveau de l'affectation des argents publics, soit vers des profits des entreprises privées à but lucratif ou vers les salaires et bénéfices des travailleurs dans des entreprises privées à but non lucratif.

En fait, on confond le financement et la prestation de services de soins de santé. Le système canadien n'est pas fourni par l'État, mais financé par l'État.

Troisième point: La question des soins assurés actuellement contre ceux qui pourraient l'être.

Une brochure de Santé Canada qui s'appelle: «*Le système de soins de santé au Canada*», est claire sur la problématique de fond. Les débats se détournent du système de soins de santé pour porter sur la santé, sur un concept qui implique que la santé va au-delà des soins de santé. La nouvelle orientation générale que prennent les provinces est la suite de ce virage. Elle se concentre maintenant sur une perception de la santé plus globale et intégrée et non uniquement sur les soins de santé.

Autrement dit, les gouvernements ont répondu à la nécessité d'adapter le système de santé aux réalités d'aujourd'hui, en adoptant notamment un cadre des déterminants de la santé qui reconnaît que même si les soins de santé contribuent grandement à la santé, il faut les considérer comme un seul élément d'un ensemble beaucoup plus vaste de déterminants de la santé.

Selon la citation de la brochure de Santé Canada, on a changé l'orientation du système de soins de santé, celui-ci reposant moins sur des modèles de prestations de soins en établissement, c'est-à-dire par les médecins et dans les hôpitaux, et plus sur des



health care model focusing to a greater degree on promoting health and preventing disease.

The question then is the following: Do we wish to extend what is presently provided for under the Canada Health Act and the five principles outlined in it? The present plan provides for all medically necessary services dispensed by hospitals and doctors.

As a society, do we wish to extend this to care provided within the community or at home? Or do we want home care to be synonymous with fee for service. The AQDR recommends the first of these two options.

In closing, I would like to say that it is all well and good to speak in favor of health promotion and disease prevention, as governments seem to be doing, but the words must be backed by a financial commitment.

Public funds should not be going to one-shot pilot projects. The issues we should be focusing on as far as seniors are concerned are: diabetes, obesity, malnutrition and violence towards the elderly. The AQDR recommends that the federal government extend the application of the Canada Health Act to these three medical issues.

**The Acting Chairman:** Thank you, Mr. Smereka. Ms Gagnon or Ms Richer, do you have any comments concerning this paper?

**Ms Anne Gagnon, health advisor, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées:** Yes. There are a few comments I would like to make.

**The Acting Chairman:** I would rather you did not read them. If you would just proceed with your comments, then we will have enough time left for questions.

**Ms Gagnon:** All right. For fun, I spoke of "spontaneous generation". I mean by this that the day I turned 65, I did not wake up and say: Am I rich and healthy or am I poor and sick? That is the health system's cartoon version of what it means to become a senior.

As a great-grandmother, I know that health is not something you can divide up. If you look at the factors of health and try to isolate birth, early childhood, adolescence and so on, you know that you want health to go from the womb to the tomb: it is as simple as that, otherwise there will not be any healthy seniors. That is just a comment.

**The Acting Chairman:** Thank you very much. And you, Ms Richer, do you have any comments?

**Ms Yollande Richer, vice-présidente, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées:** On the three points made concerning privatization, we know that England will have to invest 32 per cent more because privatization is not working at all.

The United States has the most expensive system in the world. As far as HMOs are concerned, there are people who never get to go to the hospital, who are, as it were, black listed.

modèles communautaires et intégrés s'attardant davantage à la promotion de la santé et à la prévention.

La question est donc: veut-on étendre ce que couvre la Loi sur la santé canadienne et ses cinq principes? Le régime assure tous les services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux et les médecins.

Veut-on, comme société, l'étendre aux soins prodigués dans la communauté ou à domicile? Ou veut-on que «près du foyer» soit synonyme de payer de sa poche? L'AQDR préconise le premier choix.

En terminant, on peut dire que c'est bien beau de favoriser verbalement la promotion de la santé et de la prévention, comme les gouvernements semblent le faire, mais il faut que les ressources financières suivent.

Les sommes investies ne devraient pas être dédiées aux projets pilotes sans lendemain. Les domaines d'intérêt marqué pour les aînés sont: le diabète, l'obésité, la malnutrition et la violence faite aux aînés. L'AQDR recommande au gouvernement fédéral d'étendre l'application de la Loi de la santé canadienne à ces trois problèmes.

**Le président intérimaire:** Je vous remercie, monsieur Smereka. Madame Gagnon ou Madame Richer, auriez-vous des commentaires supplémentaires à apporter à ce document?

**Mme Anne Gagnon, conseillère en santé, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées:** Oui. J'aurais quelques réflexions.

**Le président intérimaire:** J'aimerais mieux que vous n'en fassiez pas la lecture. Si vous pouvez les donner de vive voix, ensuite, on aura le temps de vous poser des questions.

**Mme Gagnon:** D'accord. En m'amusant, je parlais de «génération spontanée». C'est-à-dire que le jour où j'ai eu 65 ans, je ne me suis pas réveillée en disant: est-ce que je suis riche et en santé ou pauvre et malade? C'est la caricature du système de santé quand on devient aîné.

Et comme arrière-grand-mère, il n'y a pas de division dans la santé. Si on regarde les déterminants de la santé, en essayant de décortiquer la naissance, la petite enfance, l'adolescence, et cetera, quand on parle santé, il faut que cela aille de l'utérus à la tombe; c'est aussi simple que cela, autrement on n'a pas d'aînés en santé. C'est une réflexion tout simplement.

**Le président intérimaire:** Merci beaucoup. Et vous, madame Richer, avez-vous des commentaires à apporter?

**Mme Yollande Richer, vice-présidente, Association québécoise de défense des droits des personnes retraitées et préretraitées:** Si on regarde les trois points au niveau de la privatisation, entre autres, nous savons qu'en Angleterre, on est obligé, dans leur système, d'investir un 32 p. 100 additionnel, parce que la privatisation ne fonctionne pas du tout.

Aux États-Unis, on sait qu'ils ont le système le plus coûteux au monde. Et les HMO, au niveau des soins à la population, on sait qu'il y a des personnes qui ne rentrent même pas à l'hôpital, qui sont sur la liste noire si on veut.

So in Canada we are really wondering which model to follow. In any case, almost 50 per cent of health care has already been privatized.

**The Acting Chairman:** So you would be in favor of maintaining the present system. But I would like to hear a bit more about the issues more particular to seniors.

I see that you have identified the problems more particular to elderly people: diabetes, obesity, violence towards seniors. Are there any recommendations you would like to make concerning the issue of violence towards elderly people?

**Ms Gagnon:** Yes. My recommendations, first of all, stem from one thing that we have noticed. For ten years, now, we have had CLSCs. You know how these work specifically on the problem of violence towards the elderly.

The research is there. The data is there. The legislation is also there. What we are asking then is this: when are we going to see the connection between what we know, which is violence towards the elderly, and the legislation? How are we going to enforce those legislative provisions? How are we going to manage to support seniors who cannot speak up concerning the verbal or psychological violence they are subjected to? These are the questions that concern us.

**The Acting Chairman:** You are right, it is a most important issue.

**Senator Maheu:** I am in full agreement. Several years ago I took part in some conferences on seniors settling in Arizona, in my own city at the time, and I am still surprised that you often see elected officials who do not realize the psychological, financial or medical impact of the abuse experienced by seniors.

I would like to address the issue of pharmaceutical abuse among the elderly. When I was a member of the House, there were, in my county, 27 golden age clubs. I therefore often heard about the problem. Often, you have doctors who feel they are on the leading edge of medical practices and who would rather administer drugs to seniors than have them stay in hospital and, often, the patients are sent home prematurely.

Do you have a comment on that? In the AQDR's view is there a big problem in that regard?

**Ms Richer:** Yes. It is said that pharmaceutical companies make larger profits than banks. That is cause for concern. It is also said that each year 939 new drugs are marketed, of which only 61 are effective.

We know that seniors are easily influenced by advertising and we know of the lobbying efforts of pharmaceutical companies. I think there is an enormous problem there and this is one of the issues that the AQDR has been promoting since the drug insurance plan was set up in Quebec.

The Canadian government is going to have to decide upon the various criteria the pharmaceutical companies and cartels will have to abide by; in that area of activity, nothing really surprises me. I also think that regulations will have to be put into place to

Alors, au Canada, on se demande réellement quel modèle on veut prendre. Parce que, finalement, la privatisation est presque rendue à 50 p. 100, de toute manière.

**Le président intérimaire:** Alors, vous êtes en faveur du maintien du système. Mais j'aimerais vous entendre un peu plus relativement aux problèmes des personnes âgées.

Je vois que vous identifiez les problèmes des personnes âgées: le diabète, l'obésité, la violence faite aux aînés. Avez-vous des recommandations que vous aimeriez faire au Comité pour solutionner le problème de la violence faite aux personnes âgées?

**Mme Gagnon:** Oui. Mes recommandations font suite, d'abord, à une constatation. Depuis dix ans, on a des CLSC. Vous connaissez la formule des CLSC qui se penchent de façon spécifique sur les problèmes de violence faite aux aînés.

Les recherches sont là. Les documents sont là. La Loi existe aussi. La question qu'on pose, c'est: quand est-ce qu'il va y avoir un arrimage entre ce qu'on connaît, ce qui est la violence faite aux aînés et les lois qui existent? Comment va-t-on venir à bout de faire respecter ces lois? Comment va-t-on supporter les aînés qui ne savent plus comment faire état de la violence verbale ou morale qui leur est faite? Ce sont des questions qui nous dérangent.

**Le président intérimaire:** Vous avez raison, il s'agit d'un problème très important.

**Le sénateur Maheu:** Je suis entièrement d'accord. J'ai déjà assisté à des conférences, il y a plusieurs années, sur la venue des aînés en Arizona, ma ville à l'époque, et cela me surprend toujours que souvent, les gens élus, au service du public, ne réalisent pas l'impact mental, financier et médical de ce qui arrive suite à l'abus de nos aînés.

Je voudrais aborder le sujet de l'abus des médicaments chez les personnes âgées. Quand j'étais députée, j'avais vingt-sept clubs d'âge d'or dans mon comté. J'ai donc beaucoup entendu parler du problème. Il y a souvent des médecins avant-gardistes qui préfèrent traiter les aînés avec des médicaments au lieu de les faire séjourner à l'hôpital et souvent, ils les laissent sortir trop tôt.

Est-ce que vous avez une opinion là-dessus? Est-ce que, d'après l'AQDR, il y a énormément de problèmes à ce niveau-là?

**Mme Richer:** Oui. Je pense que quand on dit que les compagnies pharmaceutiques font plus de profits que les banques, il y a de quoi se questionner. De même, on nous dit qu'on met 939 nouveaux médicaments sur le marché chaque année, dont 61 seulement sont valables.

Nous savons que les aînés sont beaucoup influencés par la publicité et nous connaissons le lobbying des compagnies pharmaceutiques. Je crois que c'est un énorme problème et, à l'AQDR, depuis la mise sur pied de l'assurance-médicaments au Québec, c'est un des dossiers que nous défendons.

Je pense qu'il va falloir que le gouvernement canadien mette en place des critères pour les compagnies et les cartels; on voit de tout dans ce domaine. Et je pense qu'il va falloir qu'il y ait des contrôles pour que les aînés ne soient pas considérés comme de la



make sure seniors are not treated like a type of commodity. And then there is the misleading advertisement. Seniors are really manipulated.

**Senator Maheu:** Perhaps you yourself should lobby the Canadian government.

**Ms Richer:** We did lobby the government concerning patents when Bill C-91 was being considered. We went to Ottawa. We testified before the committees and promoted a list of generic drugs. Very often, neither the doctor nor the pharmacist will tell seniors that they have the right to obtain a generic drug, or even tell them that such a drug exists. There is a lot to be done in that regard.

**Senator Maheu:** Bearing in mind, however, that if generic drugs exist it is because of the previous research, development and investments made by pharmaceutical companies.

**Ms Richer:** Yes. On that point, I should answer that as tax payers we paid for at least part of that research. Pharmaceutical companies do a lot of their research in universities. We are funding those research efforts. And I believe that, there too, the system is being abused. People are always saying that all this costs money, but the population is often not aware of the true costs.

Consider the case of our neighbors to the south. See the enormous amounts of money they spend on advertising. It makes no sense: they spend billions of dollars. And I think that in Canada there is a tendency to do the same.

Often, in Quebec, we are told that the blame lies with senior women since, unfortunately, men die at an earlier age.

**The Acting Chairman:** I am sure that senator Pépin will come to the defence of men.

**Senator Pépin:** Demographically, the senior category is the fastest growing one. We will have to consider both needs and access. Then, after access to medical services, to doctors, we will have to consider the issue of access to treatment.

The age category of 65 and over is getting larger all the time. You have to take that into account. You spoke of drugs. Yesterday, Mr. Castonguay and Mr. Forget spoke of drugs and of how these should be prescribed, what is the appropriate way to prescribe them and the appropriate way to use them. They consider there is a problem here that needs to be addressed.

You mentioned the equality, under the law and in fact, between senior men and senior women. Does that mean that in access to health care unfair distinctions are made in that regard? What does it mean? I am looking, on page 2 of your brief, at the principal demands put forward by your association.

**Ms Gagnon:** Senator, allow me to answer. I am very pleased by your question. Twenty years ago, the National Council of Welfare published a report entitled "Women and poverty: twenty years later." This report shocked and offended a number of reporters who said: it is just not possible to believe that of all the

marchandise. Et il y a de la fausse publicité. Les aînés sont réellement exploités de ce côté-là.

**Le sénateur Maheu:** Il faudrait peut-être faire du lobbying vous-même auprès du gouvernement canadien, madame.

**Mme Richer:** Nous en avons déjà fait au moment de la loi C-91, au niveau des brevets. Nous sommes allés à Ottawa. Nous avons témoigné devant les comités et nous avons défendu une liste des médicaments génériques. Souvent, ni les médecins ni les pharmaciens vont aviser les aînés qu'ils ont droit à un médicament générique, par exemple, et même que ce médicament existe. Il y a beaucoup de travail à faire de ce côté-là.

**Le sénateur Maheu:** Il ne faudrait peut-être pas oublier non plus que si les médicaments génériques existent, c'est parce que la recherche, le développement et l'investissement des compagnies pharmaceutiques ont été faits au préalable.

**Mme Richer:** Oui. Sur ce, je vais vous répondre que souvent cette recherche, nous la payons encore. Les compagnies pharmaceutiques font beaucoup de recherche à l'intérieur des universités. Alors, ce sont nos sous qui sont dépensés. Et je pense que là aussi, il y a de l'abus. Souvent on nous dit que cela coûte cher, mais la population n'est souvent pas consciente des coûts.

Si on regarde nos voisins du Sud, on voit qu'ils dépensent des sommes énormes pour la publicité. Cela n'a pas de sens: ils dépensent des milliards de dollars. Et je pense qu'au Canada il y a une tendance à faire la même chose.

Souvent, au Québec, on nous dit que c'est la faute des femmes âgées, parce que, malheureusement, les hommes meurent avant les femmes.

**Le président intérimaire:** Je suis sûr que c'est le sénateur Pépin qui va prendre la défense des hommes.

**Le sénateur Pépin:** Le groupe du troisième âge est celui qui grossit le plus. En fait, on devra prendre en considération les besoins et l'accès. Ensuite, il y aura non seulement l'accès aux soins, aux visites de médecin, mais il faudra aussi vérifier l'accès aux traitements.

Le groupe d'âge des 65 ans et plus est très nombreux. Il faut en prendre considération. Vous parlez des médicaments. Hier, MM. Castonguay et Forget nous parlaient des médicaments et comment on doit prescrire les médicaments, la mode de prescrire les médicaments et le bon usage des médicaments. Ils disaient que c'était un problème actuel sur lequel on doit se pencher.

Vous avez mentionné l'égalité en droit et en faits des hommes âgés et des femmes âgées. Est-ce que cela veut dire que vous avez des problèmes différents au niveau de l'accès aux soins de santé? Qu'est-ce que c'est que cela veut dire? Je regarde, à la page 2 de votre mémoire, les principales revendications de votre association.

**Mme Gagnon:** J'aimerais répondre, madame le sénateur. J'aime beaucoup votre question. Il y a une vingtaine d'années, le Conseil national du bien-être social avait publié un rapport qui s'intitulait «La femme et la pauvreté, vingt ans après.» Ce rapport avait choqué et indigné certains journalistes qui disaient: ce n'est

women in Canada the most badly off would be those of Quebec: surely that must be the case in Newfoundland, as always.

We said: we are sorry you are disturbed by our figures, but poverty is worst among seniors, and even more among senior women in Quebec. About twenty years ago, we brought out another publication and I regret I did not keep one. This was entitled "Montreal, two realities in one."

We were saying that Montreal was cut in two by Papineau Street. East of Papineau, believe it or not, people lived ten years less than they did west of Papineau. So there were two realities in one. This study showed the gap. The International Women's Year made people aware of the fact there was a very serious problem there.

As far as retired people or people over 60 are concerned, you have to get involved with prevention. I stress the word "prevention" since you cannot be concerned about health if you are not concerned about prevention. Another is that you cannot really address the issue of health if you do not address the issue of poverty. What do you do to alleviate poverty in order to make sure the children are healthy and that these children later turn into healthy adults? I do not see how you can have one without the other.

**Senator Pépin:** I fully agree with you on the matter of prevention. In fact we do broach the topic in our report. One of the witnesses was saying prevention is all well and good but you also have to ensure treatment. Our aim, in this study, is to determine what should be done to give everyone access to medical treatment.

What comes out of this is that the two most serious issues are an insufficient access to doctors and the long wait before you get treatment. We also speak of the CLSCs.

This could mean the type of team they have in the CLSCs, but including doctors, nurses, laboratory technicians, ophthalmologists and optometrists.

**Ms Gagnon:** And dietitians as well.

**Senator Pépin:** If we found that you also have to work with people who are a little bit better off, how would you see that? Are you completely opposed to a greater financial contribution from seniors?

**Ms Richer:** We, the senior citizens, have paid our whole lives. Federally, you had, in 1970, billions of dollars in a dedicated fund for seniors, for workers, and this sum just dissolved into the general administration of the country. The same thing happened in Quebec.

I believe it is the government that owes us money. We, the seniors, claim that we have already paid. If the baby boomers want to obtain a supplementary insurance for their retirement, let them. As far as we are concerned, the answer is no.

The dangerous thing about this new formula is that the government wants to do the same thing it did with drug insurance. We were told: this will not cost much, just a small annual tax of a hundred odd dollars. It has doubled after just two or three years.

pas possible que ce soit au Québec que les femmes sont les plus pauvres: ce doit être à Terre-Neuve, c'est toujours à Terre-Neuve.

On avait dit: si les chiffres vous dérangent, c'est dommage, mais la pauvreté est pire chez les aînés, même chez les femmes aînées au Québec. Il y a une vingtaine d'année, on avait autre publication, et je regrette de ne pas l'avoir gardée. C'était: «Montréal, deux réalités dans une».

On disait que Montréal était divisé en deux à la rue Papineau. À l'est de la rue Papineau, le gens vivaient, croyez-le ou pas, dix ans de moins qu'à l'ouest de la rue Papineau. Alors, c'était deux réalités dans une. Cette étude démontrait une lacune. L'Année internationale de la femme avait fait prendre conscience qu'on faisait face à un problème sérieux.

Quand on parle des gens à la retraite ou des gens âgés de plus de 60 ans, il faut parler de prévention. Je reviens sur le mot «prévention», parce qu'on ne peut pas parler santé sans penser prévention. Une autre chose, c'est qu'on ne peut pas parler de santé si on ne parle pas de pauvreté. Qu'est-ce qu'on fait pour contrer la pauvreté pour avoir des enfants en santé, qui seront plus tard des aînés en santé? Il me semble qu'on ne peut pas avoir l'un sans l'autre.

**Le sénateur Pépin:** Je suis tout à fait d'accord pour ce qui est de la prévention. D'ailleurs, nous en parlons dans notre rapport. Un témoin nous a dit que la prévention, c'était très bien, mais qu'il fallait aussi donner les traitements. Le but de notre étude est de déterminer ce qui doit être fait pour offrir des traitements et les rendre accessibles à tout le monde.

En fait, ce qui est ressorti, c'est que les deux points les plus difficiles sont l'accessibilité au médecin et l'attente avant de recevoir les traitements. Mais aussi, on parle des CLSC.

Ce pourrait être un genre d'équipe qui ressemblerait aux CLSC mais qui serait composée de médecins, d'infirmières, de techniciennes en laboratoire, d'ophtalmologistes et d'optométristes.

**Mme Gagnon:** De diététistes aussi.

**Le sénateur Pépin:** Et si on arrivait à la conclusion qu'il faut collaborer avec ceux qui ont un peu plus de sous, comment verriez-vous cela? Êtes-vous tout à fait contre une participation monétaire des groupes du troisième âge?

**Mme Richer:** Nous, les aînés, nous avons payé toute notre vie. Au fédéral, il y avait, en 1970, des milliards de dollars dans une enveloppe protégée pour les aînés, les travailleurs, que l'on a ensuite diluée dans l'administration générale du gouvernement. Cela s'est fait de même au Québec.

Je pense que c'est le gouvernement qui nous doit des sous. Nous, les aînés, nous disons que nous sommes passés à la caisse. Si les «boomers» veulent se payer une assurance additionnelle pour leur retraite, libre à eux. Mais nous, nous disons non.

Puis ce qui est dangereux dans cette nouvelle formule, c'est que le gouvernement veut faire la même chose que l'assurance-médicaments. On disait: cela ne vous coûtera pas cher, juste une petite taxe annuelle de cent quelques dollars. Nous en



So we will be told: Oh well, this year it will be just a hundred dollars. And then the following year, they will say: oh, we have no more money. The system is not working anymore. We will have to double premiums. Then there will be fee for service and that means privatization. You have to tell it like it is.

We are going to have to think about the type of health system that we want as a society. The American system is not working. People are beginning to talk about unnecessary surgical procedures. Doctors are beginning to speak out and to say that the system is not working. We have to find a way that works.

Ralph Nader came here to tell us that. Ted Kennedy came here to tell us that: do not change your system, you are headed for a disaster.

**Senator Pépin:** Maybe there is another solution.

**Ms Richer:** Our governments have the money, the billions of dollars to build those super hospitals they want to see set up in Montreal. The latest technology is nice, but do you need to have MRIs in every hospital. Equipment is nice, concrete as well, but what we want is health care for the population and that simply does not seem to be a priority.

In their public pronouncements, governments never address the issue of care except for a brief mention here and there. There has to be controls on spending.

It used to be health care: today there is also education, health and social welfare. Governments just reach into the till for as much as they need, anyway they want and then they shore up whatever aspect of the system seems to be in direst need. We cannot go on like this. Its unbelievable! We of the AQDR say that we cannot go on like this.

**Senator Pépin:** So you need teams of home care specialists. I do not know if that is really the way they are called, but we are also speaking of palliative care, in particular for people who are gravely ill.

**Ms Richer:** As you know, home care does not presently cost the government anything. People are released from hospital too quickly and some will have to go back in. You still have women working on a volunteer basis.

So I think that, as you were saying earlier on, we'll have to consider interdisciplinary teams of care givers. I think the time has come and the willingness to proceed is there. But there is a problem with doctors. They themselves are saying: we do not want to go work in a CLSC, we do not want to work in emergency departments and we do not want to go into home care either. So you do have a problem there.

In Ontario, there are a number of pilot projects that are working well. We in Quebec have only one and there is no follow-up to let us to know whether it is working out or not. Many doctors simply do not want to get into this.

sommes au double. Après deux ou trois ans, nous en sommes au double.

Alors, on nous dira: cette année ce sera juste un petit cent dollars. Et l'an prochain on va dire: bon, bien, on est en faillite, cela ne fonctionne plus, on va vous redoubler les primes. Alors, c'est la tarification, c'est la privatisation, il faut appeler les choses par leur nom.

Je pense qu'il va falloir qu'une réflexion soit faite, au niveau social, sur le système de santé que nous voulons avoir. Le système américain ne fonctionne pas. On dit qu'il y a des chirurgies inutiles, on commence à en parler. Il y a des médecins, maintenant, qui commencent à briser le silence et à dire que cela ne fonctionne pas. Il faut trouver des moyens qui fonctionnent.

Ralph Nader est venu nous le dire. Ted Kennedy est venu nous le dire: ne changez pas votre système, vous vous en allez vers la catastrophe.

**Le sénateur Pépin:** Il y a peut-être une autre solution.

**Mme Richer:** Nos gouvernements ont les fonds, des milliards de dollars pour les super-hôpitaux qu'ils veulent créer à Montréal. C'est beau la fine pointe de la technologie, mais est-ce que tous les hôpitaux ont besoin d'appareils de résonance magnétique? L'appareillage, c'est bien beau, puis le béton aussi, mais nous, ce que nous voulons, ce sont des soins pour la population, mais on n'en parle jamais.

Le discours public des gouvernements ne touche jamais des soins, sauf une petite phrase ici et là. Mais, il faudrait qu'il y ait un contrôle de l'argent.

Autrefois, il y avait la santé; aujourd'hui, il y a l'éducation, la santé, le bien-être social. Alors, les gouvernements pigent dans la caisse comme ils veulent, de la façon dont ils veulent et puis ils vont boucher les trous là où c'est le plus urgent de la faire. On ne peut pas fonctionner comme cela. C'est incroyable! À l'AQDR, nous disons qu'on ne peut pas fonctionner comme cela.

**Le sénateur Pépin:** Et il faut une équipe de soins à domicile. Je ne sais pas trop comment on peut appeler cela, mais on parle de soins palliatifs, entre autres, pour les gens qui sont vraiment malades.

**Mme Richer:** Vous savez que les soins à domicile, présentement, ne coûtent rien au gouvernement. On sort les gens des hôpitaux trop rapidement et ils doivent même retourner à l'hôpital. Il y a encore des femmes qui travaillent pour rien.

Alors, je pense qu'il faudra qu'il y ait une équipe multidisciplinaire, comme vous le mentionniez tantôt. Je pense que c'est dans l'air, présentement, et on veut bien le faire. Mais on a de la difficulté avec les médecins, et ils le disent eux-mêmes: nous ne voulons pas aller en CLSC, nous ne voulons pas aller à l'Urgence et nous ne voulons pas aller à domicile non plus. Alors, il y a un problème.

En Ontario, ils ont des projets-pilotes qui fonctionnent bien. Nous en avons un seul et nous n'avons pas le suivi pour savoir si cela fonctionne ou non. Il y a beaucoup de médecins qui ne veulent réellement pas entrer dans ce jeu-là.

It is going to be very difficult. The knowledge is there, the documents have been drafted, the action plan is there, but it is going to be difficult to put all this into effect.

**Senator Léger:** Thank you for being here. I have not been in the Senate very long, but from what I've heard up to now, the baby boomers are very concerned; they do not know what to do. So please do not stop seeking and making suggestions, because you are the ones who will come up with a solution. It must be said that this is not the end of anything, but only the beginning. So please go on.

**Ms Gagnon:** Senator Léger, you spoke of the baby boomers and God knows we have tried to interest them in all this. What is happening is that the seniors like us are running out of breath. When we get an invitation such as this one here, I can assure you that we are up very early that morning to prepare our testimony and to make sure we can appear before the Committee. Our budgets are very limited, and our volunteers are tired. I am very glad that you mentioned baby boomers. How can we reach them?

We try to include them since, today, they are retiring at an increasingly early age, and they are not very worried yet because they almost all have retirement funds and expect that their old age will be golden. They are going to have to understand, however, that we need them and that they should get involved in volunteer activities right away.

**Senator Léger:** Today, people have fewer children. What is going to happen, then? We should conserve our energy in order to be able to go on. But you are right, you must sometimes be a little out of breath. But, this is a beginning.

**Senator Pépin:** I would like to get back to what I call home care. Thirty or forty years ago, the family doctor would make house calls. There was also a nurse who would come by to give shots. Now we know that doctors no longer make house calls, and I am thinking that the interdisciplinary health care team might be a solution.

As far as home care is concerned, you are right to say that we are releasing people from the hospital much too quickly. Sometimes we release people who are still seriously ill and there should be someone there to take care of them. Oftentimes, these are women who leave their job and volunteer.

There is an issue there that must be addressed. We absolutely have to do something for people who are seriously ill. There will have to be home visits and services for these patients.

**Ms Gagnon:** To answer your question, I would have to say that we currently have palliative services for about 14 per cent of the population, which is really an aberration. Let me yield the floor to Mr. Smereka.

**Mr. Smereka:** I do not really know how to say this, but the federal government is going to have to make a decision because the current system is the result of a historic process of integration of all the previous bits and pieces of legislation.

As we say in our brief, for all practical purposes, you have, with regards to health care, stuck to five principles based on the

Cela va être très difficile. Tout est écrit, les documents sont là, le plan d'action est là, mais pour le mettre en oeuvre, il y a un problème.

**Le sénateur Léger:** Merci pour votre présence. Cela ne fait pas longtemps que je suis au Sénat, mais avec ce que j'ai entendu lors des séances jusqu'à présent, les *baby boomers* sont très inquiets: ils ne savent pas quoi faire. Alors, n'arrêtez pas de chercher et de proposer, parce que c'est vous qui allez trouver la façon de résoudre le problème. Je pense qu'il faut absolument dire que ce n'est pas la fin, que c'est un début. Alors, continuez.

**Mme Gagnon:** Sénateur Léger, vous parlez des «baby boomers», et Dieu sait qu'on essaie de les intéresser. Ce qui arrive, c'est que nous, les aînés, on s'essouffle. Quand on reçoit ce genre d'invitation, je vous assure qu'on se lève tôt le matin pour préparer notre témoignage et assurer notre présence à ce genre de comité. Nos budgets sont minimes, les bénévoles sont fatigués. Et j'aime beaucoup que vous parliez des «baby boomers». Comment va-t-on aller les chercher?

On essaie de les intégrer et puis présentement, ils prennent leur retraite de plus en plus tôt, et présentement ils n'ont pas encore d'inquiétudes parce qu'ils ont presque tous des fonds de retraite et ils prévoient que leur vieillissement ou leur avenir sera plutôt doré. Mais il va falloir qu'ils comprennent qu'on a besoin d'eux et qu'ils doivent tout de suite commencer à s'initier au bénévolat.

**Le sénateur Léger:** Maintenant, on a moins d'enfants. Alors qu'est-ce qui va nous arriver? Il faudrait conserver notre énergie pour pouvoir continuer. Et vous avez raison, vous devez parfois être à bout de souffle. Mais, c'est le début.

**Le sénateur Pépin:** Je veux revenir à ce que j'appelle les soins à domicile. Il y a à peu près trente ou quarante ans, on avait le médecin de famille qui venait nous visiter. On avait aussi l'infirmière qui visitait et qui donnait des vaccins. Et maintenant, avec tout ce qui s'est passé, on sait que les médecins ne font plus de visites à domicile. Et je me dis que l'équipe multidisciplinaire serait peut-être une solution.

Pour ce qui est visites à domicile, comme vous le dites, on fait sortir les personnes gravement malades trop tôt de l'hôpital. On les envoie chez eux et il faut quelqu'un pour s'en occuper. Ce sont souvent les femmes qui quittent leur emploi et qui s'en occupent sans rémunération.

Je pense qu'on ne peut ignorer cela. Il va absolument falloir faire quelque chose pour ces grands malades, qu'il y ait des visites et que des services soient offerts.

**Mme Gagnon:** Pour répondre à votre question, présentement, nous avons 14 p. 100 de possibilités de services palliatifs pour 14 p. 100 de la population, ce que je trouve aberrant. Je laisse la parole à M. Smereka.

**M. Smereka:** Je ne sais pas trop comment le dire, mais le gouvernement fédéral est aux prises avec une décision relative au fait que votre système est le résultat d'un processus historique d'intégration des lois précédentes.

Comme nous disons dans notre mémoire, à toutes fins utiles, vous avez gardé cinq principes liés aux soins de santé, selon



idea that people who are sick will be treated by a doctor in a hospital setting.

Later, you extended this by saying: Well, the doctor could be in a clinic. But the very way we view health has changed. Health factors have become concerns. Poverty, the environment, rich neighborhoods versus poor neighborhoods, the Papineau Street divide and so on.

And yet, as a government, you decided, in 1977, to no longer share health care costs with the provinces but, instead, to transfer tax points, saying: "We will give you money and tax points and, provinces, it is up to you to decide on what you want." And you included all that in the Canadian transfer system. You put all the welfare programs and the Canada system plan together. But you are still saying to the provinces: "Do as you as you please within those parameters."

And so, in 1977, a financial decision was made. Since then, you stand accused of no longer paying your half of the 50-50 sharing agreement. What people forget is that in 1977, you turned that 50 per cent into 25 per cent in cash and 25 per cent in tax points.

It is nonetheless true that as you were working towards a financial solution to the health care issue, you did not adapt the Canada Health Act to the way health factors were evolving. And that is why we ask whether the Canada Health Act should not be reviewed in order to consider how it might be extended in its application. But what should we be extending? Well, extending the insurance coverage by enforcing the five basic principles, including access.

Were you to decide that doctors should also serve outside a hospital setting, the Act contains provisions that allow you to extend coverage to home care. But you haven't passed the necessary regulations. Sure, the Act was passed, but this should have been followed-up by regulations. Regulations are required for complementary care. As for extending the scope of the Act, that is up to you.

**Senator Pépin:** We have to accommodate provincial governments. Provinces have the lead in this matter. We cannot just tell them where they should be spending the available funds. We cannot do that anymore.

**Mr. Smereka:** I am simply saying that the means are already there in the existing legislation. It is true that, historically, you did not take the necessary measures. You did not go on to phase two which was to pass the regulations that normally accompany an act.

**Senator Maheu:** We will have to check on that.

**Senator Pépin:** Yes.

**The Acting Chairman:** Are there any other questions?

**Senator Maheu:** I could say much more concerning the current situation of seniors, but I do not really have any question.

l'hypothèse que quand les gens sont malades, ils sont soignés dans un hôpital par un médecin.

Par la suite, vous avez étendu cela en disant: bien, le médecin peut être en clinique. Mais, le regard sur la santé a changé. Les déterminants de la santé sont devenus des préoccupations: la pauvreté, l'environnement, le quartier pauvre comparé au quartier riche, la séparation de la rue Papineau, et cetera.

Et cependant, comme gouvernement, vous avez pris une décision, en 1977, de ne plus partager les coûts avec les provinces, mais de faire un transfert fiscal où vous dites: «on vous donne de l'argent et des points d'impôt et vous décidez, les provinces, ce que vous voulez». Et vous avez mis cela dans un transfert canadien. Vous avez intégré les programmes de bien-être, le Canada System Plan et tout cela. Mais vous dites tout de même aux provinces: «faites ce que vous voulez à l'intérieur de cela.»

Donc, en 1977, vous avez pris une décision financière. Depuis, on vous accuse de ne plus donner le partage de 50 p. 100. Mais on oublie qu'en 1977, ce 50 p. 100, vous l'avez converti pour 25 p. 100 en crédit, en points d'impôt, et 25 p. 100 en argent.

Il reste que pendant que vous avez essayé de trouver une solution monétaire face à la question des soins de santé, vous n'avez pas adapté la Loi sur la santé canadienne à l'évolution de la réalité des déterminants de la santé. Et c'est pourquoi on pose la question: ne faudrait-il pas examiner la Loi sur la santé Canadienne pour voir comment on peut l'étendre. Étendre quoi au juste? Étendre l'assurabilité ou l'assurance en forçant, par conséquent, le respect des cinq principes, dont l'accessibilité.

Et si vous décidez que les médecins doivent sortir des hôpitaux, vous avez à l'intérieur même de la Loi actuelle la possibilité d'étendre les soins à domicile. Mais les règlements, vous ne les avez pas votés. On passe une loi mais après, on doit faire des règlements. Les règlements sont là à l'intérieur des soins complémentaires. C'est à vous d'agir quant à la notion d'étendre la loi.

**Le sénateur Pépin:** Il faut qu'on compose avec les gouvernements provinciaux. Les provinces ont la priorité. On ne peut plus leur dire où injecter les fonds. On ne peut plus faire cela.

**M. Smereka:** Je dis que la possibilité existe dans la loi. Vous n'avez tout simplement, historiquement, pas agi. Vous n'avez pas donné suite à cette deuxième phase qui est de voter les règlements qui vont de pair avec la loi.

**Le sénateur Maheu:** Il faudrait vérifier cela.

**Le sénateur Pépin:** Oui.

**Le président intérimaire:** Est-ce qu'il y a d'autres questions?

**Le sénateur Maheu:** Je pourrais parler longtemps sur la situation des aînés, mais je n'ai pas nécessairement de questions.

**The Acting Chairman:** Well then, all that remains for me is to thank Ms Gagnon, Ms Richer and Mr. Smereka. On behalf of the Committee, thank you. Your comments will certainly receive serious consideration and should we have further questions, we will be sure to contact you.

The committee adjourned.

**Le président intérimaire:** Alors, il me reste à vous remercier, madame Gagnon, madame Richer et monsieur Smereka. Nous vous remercions. Vos commentaires vont sûrement être étudiés avec attention et s'il y a des questions supplémentaires, nous entrerons en communication avec vous.

La séance est levée.



*From Merck Frosst Canada Ltd.:*

Kevin Skilton, Director, Policy Planning;

Dr. Terrance Montague, Executive Director, Patient Health.

*From l'Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, Advisor on Health;

Yollande Richer, Vice-President, Communications;

Myroslaw Smereka, Director General.

*De Merck Frosst Canada Ltée:*

Kevin Skilton, directeur, Politique et planification;

Terrance Montague, directeur, Politique en matière de santé.

*De l'Association québécoise des droits des retraités (AQDR):*

Ann Gagnon, conseillère sur la santé;

Yolande Richer, vice-présidente, Communications;

Myroslaw Smereka, directeur général.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Association des optométristes du Québec:*

Dr. Langis Michaud, President;  
Marie-Josée Crête, Deputy Director General;  
Clairmont Girard, Advisor.

*From the Collège des médecins du Québec:*

Dr. Yves Lamontagne, President;  
Dr. André Garon, Deputy Secretary General.

*As an Individual:*

Robert Dorion.

*From the Canadian Life and Health Insurance Association:*

Mark Daniels, President;  
Greg Traversy, Executive Vice-President;  
Yves Millette, Senior Vice-President, Québec Affairs;  
Frank Fotia, Vice-President, Group Insurance.

*As Individuals:*

Dr. Margaret A. Somerville, Acting Director, McGill Centre  
for Medicine, Ethics and Law, McGill University;  
Dr. Robyn Tamblyn, Associate Professor, Department of  
Economics, McGill University.

*(Continued on previous page)*

*De l'Association des optométristes du Québec:*

Langis Michaud, président;  
Marie-Josée Crête, directrice générale adjointe;  
Clairmont Girard, conseiller.

*Du collège des médecins du Québec:*

Dr Yves Lamontagne, président.;

Dr André Garon, secrétaire général délégué.

*À titre individuel:*

Robert Dorion.

*De l'Association canadienne des compagnies d'assurance de  
personnes:*

Mark Daniels, président;  
Greg Traversy, vice-président-directeur général;  
Yves Millette, vice-président senior, Affaires (Québec)  
Frank Fotia, vice-président, Assurance collective.

*À titre individuel:*

Dr Margaret A. Somerville, directrice intérimaire, McGill  
Centre for Medicine, Ethics and Law, Université McGill;  
Robyn Tamblyn, professeur agrégé, Département d'écono-  
mie, université McGill.

*(Suite à la page précédente)*



1  
26  
51



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Monday, November 5, 2001

Le lundi 5 novembre 2001

Issue No. 41

Fascicule n° 41

**Thirty-fourth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada

**Trente-quatrième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	Léger
(or Robichaud, P.C.)	* Lynch-Staunton
Cook	(or Kinsella)
Cordy	Morin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

*Changes in membership of the committee*

Pursuant to rule 85(4), membership of the committee was amended as follows:

The name of the Honourable Senator Fairbairn, P.C., substituted for that of the Honourable Senator Maheu (*November 2, 2001*).

The name of the Honourable Senator Cordy substituted for that of the Honourable Senator Pépin (*November 2, 2001*).

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	Léger
(ou Robichaud, c.p.)	* Lynch-Staunton
Cook	(ou Kinsella)
Cordy	Morin
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)

*Modifications de la composition du comité:*

Conformément à l'article 85(4) du Règlement, la liste des membres du comité est modifiée, ainsi qu'il suit:

Le nom de l'honorable sénateur Fairbairn, c.p. est substitué à celui de l'honorable sénateur Maheu (*le 2 novembre 2001*).

Le nom de l'honorable sénateur Cordy est substitué à celui de l'honorable sénateur Pépin (*le 2 novembre 2001*).



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

ST. JOHN'S, Monday, November 5, 2001

(45)

*[English]*

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day, in the Fort William A Room, the Fairmont Hotel Newfoundland, St. John's, Newfoundland, at 9:00 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Cook, Kirby, Léger and Robertson (4).

*Other senators present:* The Honourable Senator Cochrane (1).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see Proceedings of the Committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*From the Department of Health and Community Services, Newfoundland:*

Mr. Robert C. Thompson, Deputy Minister;

Ms Beverly Clarke, Assistant Deputy Minister;

Dr. Catherine Donovan.

*From the Victorian Order of Nurses for Canada:*

Ms Patricia Pilgrim, President, St. John's Branch;

Ms Bernice Blake Dibblee, Executive Director, St. John's Branch.

*From the Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador:*

Ms Sharon Smith, President.

*From the Canadian Union of Public Employees, Newfoundland:*

Mr. Wayne Lucas, President.

*As an Individual:*

Ms Maud Peach.

*From the National Cancer Institute of Canada:*

Dr. Roy West, President.

*From Weight Watchers:*

Ms Marlene Bayers, Regional Manager.

*From the Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation:*

Ms Bertha H. Paulse, Chief Executive Officer.

*As an Individual:*

Ms Karen McGrath, Executive Director, Department of Health and Community Services, St. John's Region, Newfoundland.

**PROCÈS-VERBAL**

ST. JOHN'S, le lundi 5 novembre 2001

(45)

*[Traduction]*

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, à 9 heures, dans le salon Fort William A du Fairmont Hotel Newfoundland, à St. John's (Terre-Neuve), sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Cook, Kirby, Léger et Robertson. (4)

*Autre sénateur présent:* L'honorable sénateur Cochrane (1).

*Également présent:* De la Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1er mars 2001, le comité poursuit son étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*L'ordre de renvoi figure dans le fascicule n° 2 du comité.*)

**TÉMOINS:**

*Du ministère de la Santé et des services communautaires, Terre-Neuve:*

M. Robert C. Thompson, sous-ministre;

Mme Beverly Clarke, sous-ministre adjointe;

Mme Catherine Donovan.

*Des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:*

Mme Patricia Pilgrim, présidente, Région de St. John's;

Mme Bernice Blake Dibblee, directrice exécutive, Région de St. John's.

*De l'Association des infirmières et infirmiers diplômés de Terre-Neuve et du Labrador:*

Mme Sharon Smith, présidente.

*Du Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve:*

M. Wayne Lucas, président.

*À titre personnel:*

Mme Maud Peach.

*De l'Institut national du cancer du Canada:*

M. Roy West, président.

*De Weight Watchers:*

Mme Marlene Bayers, directrice régionale.

*De la Fondation de Terre-Neuve pour le traitement et la recherche sur le cancer:*

Mme Bertha H. Paulse, présidente-directrice générale.

*À titre personnel:*

Mme Karen McGrath, directrice générale, ministère de la Santé et des services communautaires, Région de St. John's (Terre-Neuve).

The Deputy Minister made a statement. Mr. Thompson and Ms Clarke answered questions.

Ms Pilgrim made a statement. Ms Smith made a statement. Mr. Lucas made a statement. The Chair made a statement. The witnesses answered questions.

Ms Peach made a statement and answered questions.

At 11:50 a.m., the sitting was suspended.

At 1:00 p.m., the sitting was resumed.

Dr. West made a statement. Dr. Donovan made a statement. Ms Bayers made a statement. The witnesses answered questions.

Ms Paulse made a statement. Ms McGrath made a statement. The witnesses answered questions.

At 3:15 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

*ATTEST:*

Le sous-ministre fait une déclaration. M. Thompson et Mme Clarke répondent aux questions.

Mme Pilgrim fait une déclaration. Mme Smith fait une déclaration. M. Lucas fait une déclaration. Le président fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Mme Peach fait une déclaration et répond aux questions.

À 11 h 50, la séance est suspendue.

À 13 heures, la séance reprend.

M. West fait une déclaration. M. Donovan fait une déclaration. Mme Bayers fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Mme Paulse fait une déclaration. Mme McGrath fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 15 h 15, le comité suspend ses travaux jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

*ATTESTÉ:*

*La greffière suppléante du comité,*

Josée Thérien

*Acting Clerk of the Committee*



**EVIDENCE**

ST. JOHN'S, Monday, November 5, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:00 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, our first witnesses this morning are Robert Thompson, Deputy Minister of the Department of Health and Community Services, and Beverley Clarke, the Assistant Deputy Minister of Policy in the department. Thank you both very much for coming. We appreciate you taking the time to come and chat with us. We will hear your opening comments, and then we will ask you some questions.

**Mr. Robert C. Thompson, Deputy Minister, Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador:** We are delighted to have an opportunity to present our views on the health system in Newfoundland and Labrador, and the issues that your committee is addressing.

In particular, we will address the finance and population health dimensions of your Volume 4 report. I apologize that our presentation is not before you, but we will make sure that copies are deposited with the clerk later on today.

Accelerating costs in health care, high public expectations, inadequate federal revenue, waitlists, and the difficulty of transferring resources into population health programs are problems that Newfoundland and Labrador face along with many of the provinces across the country. While we are proud of our health professionals and services, and we observe high levels of patient satisfaction, we are concerned for the sustainability of the current system.

To address these issues, the Honourable Julie Bettney, Minister of Health and Community Services, has launched a consultation process called "Reaching Consensus and Planning Ahead." The purpose of this consultation is to reach a consensus on the key principles for decision-making for the future of health system in this province.

This process started with regional stakeholder forums, and will conclude with a provincial forum on November 27 and 28. It is a process similar to your own.

The timing of this consultation is critical. The government must make short-term decisions to deal with the pressures of public finance, but wishes to make these decisions within a long-term framework. In this sense, the outcome of these consultations will have a direct bearing on operational plans and budgets for next year.

**TÉMOIGNAGES**

ST. JOHN'S, le lundi 5 novembre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui à 9 heures pour examiner l'état du système de soins de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, nos premiers témoins de ce matin sont Robert Thompson, sous-ministre de la Santé et des Services communautaires et Beverley Clarke, sous-ministre adjointe de la Politique au ministère. Merci beaucoup à tous les deux d'être venus. Nous apprécions que vous ayez pris la peine de venir discuter avec nous. Nous allons entendre vos déclarations liminaires, après quoi nous vous poserons quelques questions.

**M. Robert C. Thompson, sous-ministre, ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador:** Nous sommes ravis de pouvoir vous parler du système de santé de Terre-Neuve et du Labrador et des questions sur lesquelles se penche votre comité.

Nous parlerons, plus particulièrement, du financement et de la santé de la population dont il est question dans le volume 4 de votre rapport. Je vous prie de m'excuser de ne pas vous avoir remis le texte de notre présentation, mais nous veillerons à ce que la greffière le reçoive plus tard aujourd'hui.

La croissance accélérée des coûts de la santé, les grandes attentes du public, l'insuffisance des revenus provenant du gouvernement fédéral, les listes d'attente et la difficulté de transférer des ressources dans les programmes visant à promouvoir la santé de la population sont autant de problèmes que Terre-Neuve et le Labrador connaissent comme bien d'autres provinces. Nous sommes fiers de nos professionnels de la santé et de nos services et le degré de satisfaction des patients est élevé, mais nous éprouvons des inquiétudes au sujet de la viabilité du système actuel.

Dans le but de résoudre ces problèmes, l'honorable Julie Bettney, ministre de la Santé et des Services communautaires, a lancé un processus de consultation dans le but de parvenir à un consensus sur les principes qui devront être à la base des décisions concernant l'avenir du système de santé dans la province.

Ce processus a commencé par des tribunes régionales réunissant les divers intervenants et se terminera par une tribune provinciale les 27 et 28 novembre. C'est un processus semblable au vôtre.

Ces consultations se déroulent à un moment crucial. Le gouvernement doit prendre des décisions à court terme pour remédier aux pressions qui s'exercent sur les finances publiques, mais il désire prendre ces décisions en fonction de paramètres à long terme. Le résultat de ces consultations aura donc des répercussions directes sur les plans opérationnels et les budgets de l'année prochaine.

In the area of health finance our provincial discussion paper highlighted some of the key dilemmas facing the system: a substantial reduction in federal transfers through CHST, departmental expenditures which make up 44 per cent of the program budget of the whole government, and rapidly growing expenditure pressure in areas like pharmaceuticals and home support.

In response to these issues and others a discernable consensus is emerging in the consultations. So far, the preponderance of opinion rejects alternative approaches to financing the growth of health costs, whether those alternatives include user fees or other kinds of private payment for medical services. There is also a fairly broad consensus against tax increases, and the reallocation of funds from other parts of government to the health sector.

The most broadly accepted strategy is one which supports all the principles of the Canada Health Act, and commends the reallocation of funds within the health system away from areas of lowest need and into areas of highest need.

The standing committee observes in its report that the reallocation of efficiency savings is too narrow an approach to serve future health needs and that new sources of revenue must be found. While the provincial government has not yet adopted any position on the issues being discussed in the health forums, the financing strategy that will likely emerge, based solely on these discussions, will indeed be a reallocation strategy. That would require us to identify efficiencies, raise productivity, move funds from declining areas of need over to areas with increasing need, and most importantly, introduce innovations that contain cost-growth for the future. We concur with the standing committee's option of reforming primary health care.

A number of significant pilot projects, as well as legislation for nurse practitioners, have laid the base for further primary health care reform in this province. A ministerial advisory committee on primary care has also been struck and it will report on November 28.

We hope that the recommendations of this committee, plus other inputs, will help establish a system of primary health care where people can access the proper providers, in the right places as well as contain cost-growth.

We also support a single process for the evaluation and scientific approval of new drugs for inclusion within drug subsidy programs. A single and highly credible evaluation process will ensure that jurisdictions adopt drugs that are effective, both clinically and economically, and still reserve room for jurisdictions which, for cost reasons, may not be able to afford the listing of certain new drugs.

En ce qui concerne le financement de la santé, notre document de discussion mettait en lumière certains des principaux problèmes auxquels le système se trouvait confronté: une réduction importante des transferts fédéraux dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé et de programme sociaux, des dépenses qui absorbent 44 p. 100 du budget des programmes de l'ensemble du gouvernement et une croissance rapide des dépenses dans des domaines comme les médicaments et les soins à domicile.

Nous voyons un consensus émerger des consultations en ce qui concerne ces problèmes et plusieurs autres. Jusqu'ici, la majorité des opinions émises s'opposaient à d'autres méthodes de financement, que ce soit le ticket modérateur ou d'autres formes de financement privé des services médicaux. Il y a également une assez forte opposition aux hausses d'impôt et à la réaffectation d'autres éléments du budget gouvernemental au profit du secteur de la santé.

La stratégie la plus couramment acceptée est celle qui maintient tous les principes de la Loi canadienne sur la santé et prévoit la réaffectation du budget de la santé des secteurs où les besoins sont les plus faibles vers ceux où ils sont les plus criants.

Le comité permanent fait observer dans son rapport que la réaffectation des économies réalisées grâce à un gain d'efficacité ne suffirait pas à répondre aux besoins futurs et qu'il faut donc trouver de nouvelles sources de revenu. Le gouvernement provincial n'a pas encore pris position sur les questions abordées dans le cadre des tribunes sur la santé, mais la stratégie de financement qu'il adoptera sans doute, uniquement sur la base de ces discussions, sera effectivement une stratégie de réaffectation. Nous devons pour cela établir où nous pouvons accroître l'efficacité, augmenter la productivité, transférer les fonds des secteurs où les besoins diminuent vers ceux où ils augmentent, et surtout, prendre des mesures novatrices pour limiter la croissance des coûts. Nous partageons les opinions du comité permanent en ce qui concerne la réforme des soins primaires.

Plusieurs projets pilotes importants de même qu'une loi régissant le personnel infirmier ont jeté les bases d'une nouvelle réforme des soins de santé primaires dans la province. Nous avons également mis sur pied un comité consultatif ministériel sur les soins primaires qui présentera son rapport le 28 novembre.

Nous espérons que les recommandations de ce comité, plus celles d'autres parties prenantes, nous aideront à établir un système de soins primaires grâce auquel les patients auront accès aux professionnels de la santé dont ils auront besoin, tout en limitant la croissance des coûts.

Nous sommes également en faveur d'un processus d'évaluation et d'approbation scientifique unique des nouveaux produits pharmaceutiques à inclure dans les programmes de subvention des médicaments. Un processus d'évaluation unique et d'une grande crédibilité permettra d'autoriser des médicaments efficaces tant sur le plan clinique qu'économique tout en laissant une marge de manoeuvre aux provinces qui, pour une question d'argent, n'auront pas les moyens de payer certains nouveaux médicaments.



In the area of increased revenue, improvements are needed to both the equalization program and the CHST. Premier Grimes recently presented to the Standing Senate Committee on National Finance our province's position on equalization. Equalization adjustments alone would improve the flexibility to provide reasonably comparable levels of public services to that of other provinces.

Your committee has drawn attention to the Atlantic Provinces inability to provide drug programs, even though these provinces have the highest proportions of their population without some form of private drug insurance. Equalization can play a role in correcting that problem.

The shortfall in CHST funding means that provinces must draw upon their own fiscal capacity to meet the expanding costs of health care. Increasing the level of CHST transfers to the level in 1994-95, along with an appropriate escalator, would correct this anomaly that bears so directly on our ability to provide accessible, high quality and sustainable health services.

Whether or not additional revenue is available from the federal government, it is necessary to control costs, introduce new flexibility into the health system, and expand the priority being placed on wellness.

Wellness was a key theme of the regional health care forums. This theme covered many of the same issues raised in the standing committee's report. Although residents of this province, on average, outperform the rest of the country on indicators of self-assessed health status, the sense of control over their lives, chronic stress, and death rates due to suicide are indicators of poor health status that are a cause of great concern. For example, 28 per cent of adults smoke, as compared to a figure of 25 per cent nationwide. This province has the highest rate of obesity in the country. Eighteen per cent of people over 12 years of age are physically active, as compared to the national figure of 21 per cent. Death rates due to coronary heart disease, cardiovascular disease and stroke are among the highest in the country.

The standing committee has also highlighted the determinants of health framework, which helps identify broader causes for health status. On many of the key determinants, Newfoundland and Labrador also faces challenges. The key indicators are unemployment and income and literacy levels. The need for a population health strategy focused on wellness is compelling. This case was broadly endorsed in the regional health forums. Minister Bettney is also firmly committed to a wellness strategy as a fundamental part of a long-term health strategy for the province.

The standing committee makes the point that a multidisciplinary multi-departmental approach to population health may yield greater benefits than a purely health sector effort. This point of view was also endorsed in the discussions during the health forums. The standing committee raises the important question of

En ce qui concerne l'augmentation des revenus, il faut améliorer le programme de péréquation et le Transfert social canadien. Le premier ministre, M. Grimes, a récemment présenté au Comité sénatorial permanent des finances nationales la position de notre province au sujet de la péréquation. Un redressement de la péréquation pourrait, à lui seul, nous donner une plus grande marge de manoeuvre pour offrir des services publics comparables à ceux des autres provinces.

Votre comité a attiré l'attention sur l'incapacité des provinces de l'Atlantique à offrir des programmes de médicaments, même si ce sont les provinces où le pourcentage de la population qui ne bénéficie pas d'une assurance-médicaments privée est le plus élevé. La péréquation peut contribuer à remédier à ce problème.

À cause de l'insuffisance du financement apporté par le Transfert social canadien, les provinces doivent puiser dans leurs propres sources de financement pour faire face à la croissance du coût de la santé. En portant le Transfert social canadien à son niveau de 1994-1995 avec le facteur de progression requis on corrigerait cette anomalie qui nous empêche de fournir des services de santé viables, accessibles et de haute qualité.

Que le gouvernement fédéral fournisse ou non des revenus supplémentaires, nous devons limiter les coûts, rendre le système de santé plus souple et insister encore davantage sur le mieux-être.

Le mieux-être était l'un des principaux thèmes des tribunes régionales sur la santé. Ce thème englobait un bon nombre des questions soulevées dans le rapport du comité permanent. En moyenne, l'autoévaluation de la santé des résidents de la province est meilleure que celle des autres Canadiens, mais pour ce qui est des indicateurs de santé comme le sentiment de pouvoir décider de sa vie, le stress chronique et les décès dus au suicide les résultats sont très inquiétants. Par exemple, 28 p. 100 des adultes fument, contre 25 p. 100 pour l'ensemble du pays. Notre province a le taux d'obésité le plus élevé du Canada. Dix-huit pour cent des personnes âgées de plus de 12 ans font des activités physiques, contre 21 p. 100 pour l'ensemble du pays. Les taux de décès dus aux maladies coronariennes, aux maladies cardiovasculaires ou à un accident vasculaire cérébral sont parmi les plus élevés au pays.

Le comité permanent a également mis en lumière les déterminants de la santé, pour aider à identifier les causes plus générales de l'état de santé. Terre-Neuve et le Labrador ont également des défis à relever en ce qui concerne un grand nombre de ces principaux déterminants. Les principaux indicateurs sont le chômage, le revenu et le taux d'alphabétisation. La nécessité d'adopter une stratégie centrée sur le mieux-être est évidente. Cette opinion a été largement confirmée lors des tribunes régionales sur la santé. La ministre, Mme Bettney, a la ferme intention d'adopter une stratégie de mieux-être comme élément fondamental d'une stratégie à long terme pour la province.

Le comité permanent fait valoir qu'une approche multidisciplinaire et multiministérielle de la santé de la population peut être plus avantageuse qu'un effort se limitant au secteur de la santé. Ce point de vue a également été appuyé à l'occasion des tribunes sur la santé. Le comité permanent soulève l'importante question de

how this type of coordination and integration among agencies can be mobilized.

In Newfoundland and Labrador, the institutional infrastructure to mount this type of approach already exists through the Strategic Social Plan, the SSP. The SSP was started in 1998. It involves economic and social departments and agencies in a comprehensive approach to promoting health, education, self-reliance, and prosperity for people in the context of vibrant communities and sustainable regions.

The SSP has resulted in multidisciplinary committees in seven regions, identifying social priorities that can be achieved through the complimentary activities of many departments and agencies. The SSP also promotes and provides institutional support for cross-departmental planning and policy development. So we will be relying on the SSP network, both within the government and throughout the province involving government and non-governmental actors, to be a fundamental part of a wellness strategy for the province.

The financial challenges faced by the Government of Newfoundland and Labrador is daunting. Making the system flexible so that new needs such as wellness and population health can be addressed is a strategic priority.

Hopefully, these comments are helpful to the committee. We will be delighted to discuss them further.

**The Chairman:** I want to be clear on the issue of financing. I understand why the consensus of a public dialogue would be that efficiency or productivity measures, combined with some element of what you called moving money from less important items to more important items is the way any changes in the system should be financed. I thought you also made some reference to a different suggestion coming from some committee, am I right?

**Mr. Thompson:** No.

**The Chairman:** Then let me ask you a question about the efficiency changes, one of which is obviously primary care reform. When you talk about moving money from less important things to more important things that really amounts to "delisting" certain services. Certain services that you are now providing, you would not provide in order to provide more important services, but the practical effect is that certain things get delisted. Is that right?

**Mr. Thompson:** That is not the only kind of reallocation that could occur. In an efficiency sense, it may be that we are delivering services in many more places than need be, or to a higher level of access. So that provides opportunities. Delisting is another strategy that could be taken as well.

**The Chairman:** In that sense, regionalization, for example, is an example of consolidating resources that would save you money. It is disturbing to hear that 25 per cent of the people of the Atlantic region have no drug plan at all. We are well aware of the

savoir comment il est possible d'assurer une coordination et une intégration entre les divers organismes.

La province de Terre-Neuve et du Labrador possède déjà l'infrastructure institutionnelle voulue dans le cadre de son Plan social stratégique, le PSS. Le PSS a été lancé en 1998. Il fait participer les ministères et organismes à vocation économique et sociale à une stratégie globale visant à promouvoir la santé, l'éducation, l'autonomie et la prospérité dans le contexte de collectivités dynamiques et de régions viables.

Le PSS a entraîné la création de comités multidisciplinaires dans sept régions. Ces comités identifient les objectifs sociaux qui peuvent être atteints grâce aux activités complémentaires de nombreux ministères et organismes. Il fournit également un soutien institutionnel pour la planification et l'élaboration des politiques au niveau interministériel. Le réseau établi dans le cadre de ce plan, tant au sein du gouvernement que dans l'ensemble de la province avec la participation de gens du gouvernement et du secteur privé sera donc un élément fondamental de la stratégie de mieux-être pour la province.

Le gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador a d'énormes défis à relever sur le plan financier. Une priorité stratégique consiste à rendre le système assez souple pour que nous puissions répondre aux nouveaux besoins, notamment sur le plan du mieux-être et de la santé de la population.

J'espère que ces observations vous seront utiles. Nous nous ferons un plaisir de discuter de ces questions plus en détail avec vous.

**Le président:** J'aimerais un éclaircissement au sujet du financement. Je comprends pourquoi le consensus qui ressort de discussions publiques veut que tout changement dans le système soit financé à la fois par un gain d'efficacité ou de productivité et un transfert des fonds des besoins moins importants vers les besoins plus importants. Je crois que vous avez également mentionné une autre suggestion émanant d'un comité?

**M. Thompson:** Non.

**Le président:** Dans ce cas, permettez-moi de vous poser une question au sujet des changements sur le plan de l'efficacité, à commencer bien entendu par une réforme des soins primaires. Quand vous parlez de transférer de l'argent des choses moins importantes vers les choses plus importantes, cela revient, en réalité, à laisser tomber certains services. Vous ne fourniriez plus certains services de façon à offrir des services plus importants, mais en pratique, vous laisseriez tomber certaines choses, n'est-ce pas?

**M. Thompson:** Ce n'est pas le seul genre de réaffectation que nous pourrions faire. Pour ce qui est de l'efficacité, il se peut que nous offrions des services dans beaucoup plus d'endroits qu'il n'est nécessaire, que l'accès soit plus grand que ce n'est justifié. Il y a donc des possibilités de remaniement. Nous pourrions également laisser tomber certains services.

**Le président:** La régionalisation est un exemple de regroupement des ressources qui vous permettrait d'économiser de l'argent. Je trouve inquiétant de vous entendre dire que 25 p. 100 des gens de la région de l'Atlantique n'ont aucun régime



increasing cost of drugs and the increasing importance of them. Have you looked at ways in which that problem could be dealt?

**Mr. Thompson:** We have not looked at the idea of a drug program that would cover more of the population. We have confined our analysis to how we can make sure that the drug programs that we have work most efficiently, and are contained within the level of costs that we assign to them now. There has not been any new initiative about expanding these drug programs to take in broader groups in the population.

**The Chairman:** What drug programs do you have now?

**Mr. Thompson:** They are aimed at low income, and aimed at seniors.

**The Chairman:** Low income means anybody on social assistance has a drug plan?

**Mr. Thompson:** That is correct.

**Ms Beverley Clarke, Assistant Deputy Minister of Policy, Department of Health and Community Services, Government of Newfoundland and Labrador:** One of the things that has happened over the last two years is through the Department of Human Resources and Employment, anybody who is on low income social assistance, and goes to work, they are able to access the drug program for at least another six months. So that has been one small expansion to see that makes a difference to people.

**The Chairman:** Are all seniors on a drug plan, or only certain seniors?

**Ms Clarke:** Low income seniors.

**The Chairman:** The gap that we see, not just in Newfoundland, but in all the Atlantic Provinces is in contrast to the Western provinces there is some coverage. The gap that exists across the Atlantic region is quite different than anywhere else in the country. Clearly, it is the most inequitable part of the health care system at the present moment.

**Mr. Thompson:** I do not know how long this additional element has been in practise. I have been with the department now since February, and I have seen cases where low income people, not people on social assistance, that face situations where they have drug therapies of extraordinarily high cost. So certain of these cases can be assessed within the Department of Human Resources and Employment, and approvals will be issued to people who are not on social assistance but need assistance to obtain this very high-cost drug therapy.

There is also an expansion of support that has been underway in the provincial government for this as well, but there is not a broad policy approach to expanding drug coverage to a larger group of the uninsured population.

**Senator Cochrane:** How many people who are low income but not social assistance recipients apply for this help to pay for their medical costs, how many are approved, and who makes the decision as to whether or not they get help?

d'assurance-médicaments. Nous sommes tous au courant de l'augmentation du prix des médicaments et de l'importance croissante que revêtent les médicaments. Avez-vous cherché des façons de remédier à ce problème?

**M. Thompson:** Nous n'avons pas envisagé de régime d'assurance-médicaments qui couvrirait une plus grande partie de la population. Nous nous sommes contentés de voir comment faire en sorte que nos programmes actuels soient les plus efficaces possible et ne dépassent pas les coûts que nous avons prévus. Nous n'avons pas pris de nouvelles initiatives visant à élargir ces programmes pour qu'ils couvrent une plus grande partie de la population.

**Le président:** Quels programmes de médicaments avez-vous actuellement?

**M. Thompson:** Des programmes qui s'adressent aux personnes à faible revenu et aux personnes âgées.

**Le président:** Cela veut dire que tout assisté social en bénéficie?

**M. Thompson:** C'est exact.

**Mme Beverley Clarke, sous-ministre adjointe de la Politique, ministère de la Santé et des Services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve et du Labrador:** Depuis deux ans, par l'entremise du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi, tout prestataire de l'aide sociale qui va travailler peut continuer à bénéficier du programme de médicaments pendant au moins six mois. Ce petit élargissement a des effets positifs pour les gens.

**Le président:** Toutes les personnes âgées ont droit à l'assurance-médicaments ou seulement certaines d'entre elles?

**Mme Clarke:** Les personnes âgées à faible revenu.

**Le président:** Nous constatons un écart entre la situation, pas seulement de Terre-Neuve, mais de toutes les provinces de l'Atlantique et celle des provinces de l'Ouest. La situation qui existe dans toute la région de l'Atlantique est assez différente de ce qu'elle est partout ailleurs au Canada. De toute évidence, c'est à ce niveau-là que le système de santé est le moins équitable.

**M. Thompson:** Je ne sais pas depuis combien de temps cet élément supplémentaire est en vigueur. Je fais partie du ministère depuis février et j'ai vu des cas de gens à faible revenu, non pas des assistés sociaux, qui devaient prendre des médicaments extrêmement coûteux. Le ministère des Ressources humaines et de l'Emploi peut évaluer certains de ces cas et émettre une autorisation aux personnes qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale, mais qui ont besoin d'une assistance pour obtenir ces médicaments très coûteux.

Le gouvernement provincial a également accordé une aide supplémentaire dans ce genre de cas, mais il n'a pas pour politique d'étendre son programme à une plus grande partie de la population non assurée.

**Le sénateur Cochrane:** Combien de personnes à faible revenu, mais qui ne sont pas bénéficiaires de l'aide sociale, demandent de l'aide pour payer leurs frais médicaux, combien d'entre elles l'obtiennent et qui décide si elles seront aidées ou non?

**Mr. Thompson:** The assessors in the staff of the Department of Human Resources and Employment who deal with social assistance programs make those decisions. I do not have the statistics on how many people apply, and how much assistance they ask for. We can certainly investigate that, and supply that information to the committee.

**Senator Cochrane:** We would like to know what number applied, the number that was turned down how many have received assistance. That information will be very helpful to us. In my view, it helps this low-income person to pursue the job market.

I know that you have had health forums on how to sustain this system, and the one that we have here in Newfoundland. Has there been a common theme or common suggestions on how we can sustain this system? Has there been something everybody has agreed with that we can do?

**Mr. Thompson:** I wish I could give a well-summarized answer to that. We just concluded our last forum last week. We are compiling all the summaries. We do not have them ready for presentation at this point. However, the support for the principles in the Canada Health Act is clear and compelling right across the province. If the health system requires more resources, those resources should not be acquired through additional taxes or through reallocation from other spending priorities of our society. Those are the key points. Of course that limits the range of options that government has to deal with. As yet, we have not staked out where the provincial government wants to be on this issue as a final outcome. Those are among the broadest parts of consensus.

**Ms Clarke:** Within the context of reallocation of resources the highest priority is wellness. People did not say take the money from the institutional system and put it into the community as clearly as that, but the premise seems to be that we need to shift actual dollars from institutional acute care system into the more community based system that focuses on wellness. Actual shifting of dollars is one of the things that we will spend some time looking at over the next little while, although no decisions have been made.

**Senator Cochrane:** Have there been any discussion on preventative measures?

**Ms Clarke:** Yes. Wellness has been discussed within the context of health promotion and health prevention. We have the highest obesity rate in the country, we have the highest rate of deaths through cardiovascular disease, and there is obviously some work that we can do in terms of prevention and early interventions within this province.

**Senator Cochrane:** It seems to me education would be a prime target here.

**Ms Clarke:** Yes.

**Senator Cochrane:** Educating the people on what to do for wellness. Has there been any discussion on user fees, or did you bring up the question on user fees?

**Mr. Thompson:** Yes.

**M. Thompson:** Ces décisions sont prises par les évaluateurs du ministère des Ressources humaines et de l'Emploi qui s'occupent des programmes d'assistance sociale. Je n'ai pas de chiffres quant au nombre de demandes et le montant de l'aide demandée. Nous pourrions certainement nous informer et fournir ces renseignements au comité.

**Le sénateur Cochrane:** Nous voudrions savoir combien de personnes ont fait une demande, combien de demandes ont été rejetées et combien ont été acceptées. C'est un renseignement qui nous sera très utile. À mon avis, cela aide les personnes à faible revenu à rester sur le marché du travail.

Je sais que vous avez organisé des tribunes sur la santé pour chercher des moyens d'assurer la viabilité du système que nous avons à Terre-Neuve. En est-il ressorti des suggestions quant à la façon de consolider le système? Y a-t-il des solutions sur lesquelles tout le monde est d'accord?

**M. Thompson:** J'aimerais pouvoir vous fournir un résumé des propositions. Nous venons de terminer la dernière tribune la semaine dernière. Nous sommes en train de compiler tous les résultats. Ils ne sont pas encore prêts. Il est toutefois évident que, d'un bout à l'autre de la province, les gens appuient les principes de la Loi canadienne sur la santé. Si le système de santé a besoin de plus de ressources, il ne faut pas qu'elles proviennent d'impôts supplémentaires ou d'une réaffectation des autres priorités de dépenses de notre société. Ce sont là les principales conclusions. Bien entendu, cela limite les options à la disposition du gouvernement. Le gouvernement provincial n'a pas encore décidé de la position à adopter. Voilà ce qui se dégage surtout du consensus.

**Mme Clarke:** Dans le contexte de la réaffectation des ressources, la principale priorité est le mieux-être. Les gens ne nous ont pas demandé expressément d'enlever de l'argent aux établissements de soins pour le réinvestir dans la collectivité, mais il semble que nous ayons besoin de réorienter l'argent mis à la disposition des établissements de soins actifs vers les soins communautaires qui sont centrés sur le mieux-être. Nous allons nous pencher sur la question des réaffectations, mais aucune décision n'a encore été prise.

**Le sénateur Cochrane:** Avez-vous discuté de mesures de prévention?

**Mme Clarke:** Oui. Nous avons discuté du mieux-être dans le contexte de la promotion de la santé et de la prévention. Nous avons le taux d'obésité le plus élevé au pays, le plus haut taux de décès causés par des maladies cardiovasculaires et nous pouvons donc faire quelque chose sur le plan de la prévention et des interventions hâtives.

**Le sénateur Cochrane:** J'ai l'impression qu'il faudrait commencer par l'éducation.

**Mme Clarke:** Oui.

**Le sénateur Cochrane:** Il s'agit de montrer aux gens ce qu'ils doivent faire pour assurer leur bien-être. Avez-vous dit envisager un ticket modérateur ou avez-vous soulevé cette question?

**M. Thompson:** Oui.



**Senator Cochrane:** Were they for, or were they against user fees?

**Mr. Thompson:** Almost universally, user fees were seen as not the right way to go.

**Senator Cochrane:** Was there a specific group that was in favour of user fees?

**Mr. Thompson:** I cannot recall any group that was in support of user fees. The main reasons why they were not in support of user fees is the understanding that they prevent the working poor from using the health system in certain instances, and also that they do not prevent abuse of the health system to the extent that advocates of user fees may say. I have seen this kind of evidence presented in your reports as well. We hear that again and again.

**The Chairman:** We put in a comprehensive set of options in our report. When we put in the user fee option, we also point out the research evidence that shows that it does not work. It is strange to us that user fees are in place in every industrialized country, including many European countries that have universal health care systems. That strikes us as odd. Nevertheless, in the interest of comprehensiveness, we have to put user fees in as an option.

All the research evidence shows that user fees, in fact, clearly hurt people on low income. We put it in, as I say, in the interest of comprehensiveness. The thing that surprised us was that every European country, Australia and New Zealand, to take examples, which have universal systems, also have user fees. Nevertheless, we felt in the interest of comprehensiveness, we had to put all the options on the table. You put the options on the table even in your forums.

**Senator Cochrane:** Our doctors and our nurses are getting older and will soon leave the medical profession. They are going to retire. Do we have a strategy in place whereby we can get younger doctors, nurses and other medical staff to come into the system?

**Mr. Thompson:** We face interesting issues in the area of health human resources. This was another of the themes in our forums, and is an area of intensive planning, both within the province on an Atlantic basis and nationally. You have addressed physicians and nurses, in particular.

We are projecting that unless we do something about nurse graduates, we will face a shortage of nurses within the next five to ten years. We are looking at alternatives that will address that problem. We have introduced bursary programs to encourage our graduates to stay here rather than be recruited elsewhere. We have had some success with the bursary programs.

There is more difficulty in the recruiting and retaining physicians. We rely on international medical graduates to sustain our supply of physicians. The key strategy for us is to retain more of the graduates from Memorial University Medical School because they could make up entire demand that we have for physicians. There are multiple requirements of such a strategy.

**Le sénateur Cochrane:** Les gens étaient-ils pour ou contre le ticket modérateur?

**M. Thompson:** À peu près tout le monde pensait que le ticket modérateur n'était pas la bonne solution.

**Le sénateur Cochrane:** Certains groupes se sont-ils prononcés pour le ticket modérateur?

**M. Thompson:** Je ne me souviens d'aucun groupe qui se soit prononcé pour. Si les gens s'opposaient au ticket modérateur c'est surtout parce qu'il peut empêcher les travailleurs à faible revenu de se servir du système de santé sans limiter les abus autant que le prétendent les partisans de cette mesure. C'est ce que j'ai pu constater également dans vos rapports. Nous entendons constamment ce genre d'argument.

**Le président:** Nous avons proposé toute une série d'options dans notre rapport. Lorsque nous avons mentionné la possibilité d'imposer des frais d'utilisation, nous avons attiré également l'attention sur des études démontrant que cette formule n'est pas efficace. Nous trouvons étrange que le ticket modérateur existe dans tous les pays industrialisés, y compris de nombreux pays d'Europe qui ont des systèmes de soins de santé universels. Cela nous paraît bizarre. Néanmoins, nous avons quand même proposé cette option pour faire le tour complet de la question.

Toutes les recherches prouvent que le ticket modérateur défavorise les personnes à faible revenu. Nous avons mentionné cette option afin de ne rien laisser de côté. Nous avons été étonnés de constater que tous les pays d'Europe, l'Australie et la Nouvelle-Zélande, pour ne citer que quelques exemples, qui ont des systèmes universels, imposent également un ticket modérateur. Nous avons jugé toutefois nécessaire d'envisager toutes les options afin de faire le tour complet de la question. Ces diverses options ont été envisagées, même dans vos tribunes.

**Le sénateur Cochrane:** Nos médecins et nos infirmières vieillissent et quitteront bientôt la profession. Ils vont prendre leur retraite. Avons-nous prévu une stratégie pour recruter de jeunes médecins, infirmières et autres professionnels de la santé?

**M. Thompson:** Nous sommes confrontés à des problèmes intéressants sur le plan des ressources humaines. C'était un autre des thèmes de nos tribunes et c'est une question pour laquelle nous faisons une planification intensive, aussi bien dans la province que dans la région de l'Atlantique et à l'échelle nationale. Vous avez parlé des médecins et des infirmières en particulier.

Nous prévoyons qu'à moins de faire quelque chose pour garder les diplômées des écoles d'infirmières, nous aurons une pénurie d'infirmières d'ici cinq à 10 ans. Nous sommes à la recherche de solutions. Nous avons mis sur pied des programmes de bourses pour inciter nos diplômées à rester dans la province au lieu d'aller travailler ailleurs. Ce programme a eu un certain succès.

Il est plus difficile de recruter et de garder les médecins. Nous comptons sur les diplômés des écoles de médecine étrangères pour maintenir notre effectif. Nous devons surtout chercher à retenir un plus grand nombre de diplômés de la Faculté de médecine de l'Université Memorial parce qu'ils pourraient suffire entièrement à la demande. Cette stratégie comporte des exigences multiples et

and it will be a costly one. It is always a difficult issue, and we apply as many resources to it as possible. We have not found the perfect solution, but if we can retain more of those graduates that will be the very best solution for Newfoundland and Labrador.

**Senator Cochrane:** That will help, especially for the rural areas.

**Mr. Thompson:** Indeed.

**Senator Cochrane:** We really have a problem there.

**Senator Robertson:** Are you having problems like the rest of Canada with long waiting lines, waiting lists for surgery, et cetera, or is that a problem for you?

**Mr. Thompson:** It is frequently a problem. We have some specialties in some areas where waitlists are probably better than the rest of the country, and some areas where they are worse. This is one of the most frequently cited complaints about the health system. However, we do not have comprehensive data on the subject. This is one area we need to work on to get a better understanding of precisely how long the lists are, but it is clear that for people who cannot wait, who require emergency treatment, there are no waitlists. For elective and other types of treatment, there are waitlists, and it is a source of some concern in some areas.

**Senator Robertson:** There are problems associated with the operation of expensive hospital equipment; finding sufficient dollars to do so is difficult and as a result the equipment is under utilized. To shift dollars from acute care into community care, prevention, or pharmaceutical programs, may be difficult. Have you considered this problem? You want the additional money that would be required to come from a reallocation strategy, and from increases in the general transfer payments. What happens if those increases from the federal government do not materialize? Where will you go for your dollars?

**Mr. Thompson:** I cannot tell you precisely where the reallocations will have to occur, only the alternative sources of funds. Clearly, we have to build a strategy around that because, in addition to waitlists, there are very expensive technologies, additional drug therapies, and demands that continue to multiply without ceasing. It is an important problem that we face, but I cannot give you a precise direction of the government today because that direction will result from further consideration of the forums. The broadest comment I can make is that we have not detailed our strategy yet.

**Senator Robertson:** You have determined through your studies that you want to retain the principles of the Canada Health Act. Is that correct?

**Mr. Thompson:** That is what we are hearing in the consultations, yes.

elle sera coûteuse. C'est toujours une question difficile et nous lui consacrons le maximum de ressources. Nous n'avons pas trouvé la solution parfaite, mais si nous pouvons retenir davantage de diplômés, ce sera la meilleure solution pour Terre-Neuve et le Labrador.

**Le sénateur Cochrane:** Cela améliorera les choses, surtout dans les régions rurales.

**M. Thompson:** En effet.

**Le sénateur Cochrane:** Il y a vraiment un problème dans ces régions.

**Le sénateur Robertson:** Avez-vous, comme dans le reste du pays, de longues lignes d'attente, des listes d'attente pour la chirurgie, et cetera, cela pose-t-il un problème pour vous?

**M. Thompson:** C'est souvent un problème. Pour certaines spécialités les listes d'attente de certaines régions sont sans doute plus courtes que dans le reste du pays tandis qu'ailleurs elles sont plus longues. C'est une des plaintes que l'on formule le plus souvent à l'égard du système de santé. Nous n'avons toutefois pas de données complètes sur la question. C'est une chose sur laquelle nous devons travailler afin de savoir exactement quelle est la longueur des listes d'attente, mais il est clair que les personnes qui ne peuvent pas attendre et qui ont besoin d'un traitement urgent ne sont pas mises sur une liste d'attente. Pour les opérations chirurgicales non urgentes et autres types de traitements, il y a des listes d'attente, ce qui suscite des inquiétudes dans certaines régions.

**Le sénateur Robertson:** L'utilisation d'équipement hospitalier coûteux pose des problèmes; il est difficile de trouver suffisamment d'argent et l'équipement est donc sous-utilisé. Il peut être également difficile de transférer de l'argent des établissements de soins actifs vers les soins communautaires, la prévention ou les programmes de médicaments. Avez-vous examiné ce problème? Vous voulez que les fonds supplémentaires dont vous avez besoin proviennent d'une réaffectation des fonds et d'une augmentation des paiements de transfert. Qu'arrivera-t-il si le gouvernement fédéral n'augmente pas ses paiements? Où trouverez-vous votre argent?

**M. Thompson:** Je ne peux pas vous dire exactement où se feront les réaffectations. Bien entendu, nous devons établir une stratégie car en plus des listes d'attente, il y a des technologies et de nouveaux médicaments très coûteux ainsi qu'une demande qui ne cesse de se multiplier. Nous sommes confrontés à un sérieux problème, mais je ne peux pas vous dire exactement ce que le gouvernement va faire, car cela dépendra des résultats de nos tribunes. Je peux seulement vous dire que nous n'avons pas encore mis notre stratégie au point.

**Le sénateur Robertson:** Dans le cadre de vos études, vous avez déterminé que vous vouliez conserver les principes de la Loi canadienne sur la santé. C'est bien cela?

**M. Thompson:** C'est ce qui ressort des consultations, en effet.



**Senator Robertson:** Have your people spoken to you about the inability of Canadian citizens to purchase insurance to cover the Canada Health Plan?

**Mr. Thompson:** No, we have not heard that in our forums.

**Senator Robertson:** I think a lot of the citizens are not aware of that, but just think of that sometime because it is quite interesting. Workman's Compensation, for instance, can pay fees if a worker is hurt or needs care. They seem to be able to access the system more quickly, whereas someone else working outside of the Workman's Compensation Board cannot. That person cannot purchase insurance to help in that instance, and they lose a lot of time in their employment. It is a worrisome thing. We are talking about equity here.

I will be interested in your final report. The CMA president, Dr. Peter Barrett, testified before the committee on May 16, in connection with health human resources. He dealt with five issues: the increasing workloads of physicians, physicians practising in rural and remote areas, the challenge of access to physicians, the quality of life concerns of physicians, and the issue of training and medical education of physicians. I understand that the medical school is directly under your jurisdiction. Is that correct?

**Mr. Thompson:** Yes.

**Senator Robertson:** Dr. Barrett said something must be done about medical education, and I quote:

Tuition deregulation has meant that tuition for our students is becoming prohibitive. If we do not do something soon, it will only be sons and daughters of wealthy Canadians who will be able to go to medical school and choose a career in medicine. That would not do good things for demographics in terms of distribution of physicians, as well as some of the cultural needs of some of our disadvantaged communities.

I will add to his comment that it would also perhaps exclude some of the best brains that wants to go into medicine. Since your medical school reports directly to you, can you tell me if tuition deregulation has made it difficult for your medical students to train for the medical profession?

**Mr. Thompson:** I do not have the data on the particular socio-economic status of students entering the medical school here, and whether that has changed over time. What I can tell you is that the tuition fees for the medical school at Memorial are generally among the lowest in the country. While this year there was a controversy over whether tuition fees at Memorial University would rise, or be frozen, the government provided enough money for tuition rates to be frozen except for the School of Medicine. Their rates did rise slightly this year in comparison to the cost of other types of university education, but generally they do remain among the lowest in the country.

**Le sénateur Robertson:** Les gens vous ont-ils parlé du fait que les citoyens canadiens ne pouvaient pas acheter de l'assurance pour couvrir le Régime d'assurance-santé du Canada?

**M. Thompson:** Non, il n'en a pas été question dans nos tribunes.

**Le sénateur Robertson:** Je crois que de nombreux citoyens l'ignorent, mais pensez-y, c'est intéressant. L'Indemnisation des accidents du travail, par exemple, peut couvrir des frais si un travailleur est blessé ou a besoin de soins. Cela permet d'avoir accès au système plus rapidement que dans le cas du travailleur qui n'est pas couvert par l'Indemnisation des accidents du travail. Il ne peut pas acheter une assurance et il risque de perdre de nombreuses journées de travail. C'est inquiétant. C'est une question d'équité.

J'aimerais voir votre rapport final. Le président de l'Association médicale canadienne, le Dr Peter Barrett, a témoigné devant le comité le 16 mai, au sujet des ressources humaines du secteur de la santé. Il a traité de cinq questions: l'accroissement de la charge de travail des médecins, l'exercice de la médecine dans les régions rurales et éloignées, la difficulté d'avoir accès à un médecin, la qualité de vie des médecins ainsi que la formation et l'éducation des médecins. Je crois que la faculté de médecine est placée directement sous votre responsabilité. C'est bien exact?

**M. Thompson:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** Le Dr Barrett a dit qu'il fallait faire quelque chose en matière d'enseignement médical et je cite:

Du fait de la déréglementation des frais de scolarité, les études de médecine sont devenues trop onéreuses. Si nous ne réagissons pas bientôt, seuls les fils et les filles des familles riches pourront au Canada entrer à l'école de médecine et faire carrière. Ce ne sera pas bon pour le profil démographique de nos médecins de même que pour la satisfaction des besoins culturels de certaines communautés défavorisées au Canada.

J'ajouterai que cela risque également d'exclure certains des jeunes les plus brillants qui veulent devenir médecins. Étant donné que votre école de médecine est placée directement sous votre responsabilité, pouvez-vous me dire si la déréglementation des frais de scolarité a dressé un obstacle sur le chemin de vos étudiants en médecine?

**M. Thompson:** Je n'ai pas de données sur la situation socio-économique des étudiants qui entrent dans notre école de médecine et je ne sais pas s'il y a eu des changements. Je peux vous dire que les frais de scolarité exigés par l'École de médecine de l'Université Memorial figurent parmi les plus bas au pays. Il y a eu une controverse, cette année, quant à savoir si les frais de scolarité de l'Université Memorial seraient augmentés ou gelés, mais le gouvernement a débloqué suffisamment de fonds pour permettre de geler les frais de scolarité, sauf pour l'École de médecine. Ses frais de scolarité ont légèrement augmenté cette année par rapport à ceux des autres programmes, mais ils restent parmi les plus bas au pays.

You are correct in saying that the Faculty of Medicine does report to our department, and that is probably unique in the country because generally the funding is provided through Ministries of Post-Secondary Education. We think that the relationship established here is a very beneficial one because we can collaborate much more closely, and access the resources of the Faculty of Medicine because we have this kind of day-to-day relationship with them. I hope maybe some of your other witnesses might reflect upon that as well. We think it is a very good model.

I would like to highlight the expertise that this faculty has developed in the areas of family medicine and primary care. The faculty reflects the needs of the residents of the province, and particularly the needs of our rural residents.

We find that students will come to Memorial because of the special nature of the program that enables them to get out into rural areas and experience what it is like to practice in that setting. The faculty has also been instrumental in some of the primary care enhancement pilot projects that are underway in this province and have been instrumental to their success. The projects have allowed student residents to experience the primary care setting. We believe this model works well. It is not just primary care reform but also brings the education element to it as well. It is a model that we hope to replicate in the future as we spread the reform model across the province.

**Ms Clarke:** We have hired a recruitment officer who is employed in the Faculty of Medicine who is working with both the department and our boards to see how we may better look at recruitment strategies for our young physicians.

**Mr. Thompson:** I would like to re-emphasize that very point. The close between the ministry and the university has enabled us to place our central recruiter inside the Faculty of Medicine. That is not something you will find in other provinces.

**Senator Robertson:** I just think that relationship is most interesting, and I believe it works well. Our province, as you know, uses a number of spaces in your medical school. We always have. Whenever I have had the opportunity of visiting your medical school, I have always been impressed with the quality of the teaching and the dedication that you have.

Could you provide us, please, with a socio-economic profile of your students of medicine? I think that would be helpful to us.

**The Chairman:** Senator Robertson was a long time Minister of Health in the Province of New Brunswick, which is why she understands the details so well. I was surprised at your comments on a number of the health status determinants being worse in Newfoundland than elsewhere in the country. Both my parents are Newfoundlanders, and my relatives are Newfoundlanders, so I have spent a lot of time in the province.

I would have thought that in the bigger cities you would find a much worse health status than you would find in Newfoundland. I

Vous avez raison de dire que la Faculté de médecine relève de notre ministère, ce qui constitue sans doute un cas unique au Canada étant donné qu'en général le financement est assuré par les ministères de l'Enseignement postsecondaire. Nous estimons que ce sont là des relations très bénéfiques étant donné que ces relations quotidiennes nous permettent de collaborer beaucoup plus étroitement et d'avoir accès aux ressources de la Faculté de médecine. Certains de vos autres témoins pourraient peut-être envisager également cette formule. Nous pensons que c'est là un très bon modèle.

Je voudrais souligner les compétences que la Faculté de médecine a développées dans le domaine de la médecine familiale et des soins primaires. Cela reflète les besoins des résidents de la province et surtout de nos régions rurales.

Nous constatons que les étudiants viennent à Memorial en raison du caractère particulier de ce programme qui leur permet de faire l'expérience de l'exercice de la médecine en milieu rural. La faculté est également à l'origine de certains projets pilotes d'amélioration des soins primaires qui se déroulent actuellement dans la province et elle a contribué à leur succès. Ces projets pilotes ont permis aux étudiants de faire leur résidence en soins primaires. Nous croyons qu'il s'agit d'un modèle efficace. Ce n'est pas une simple réforme des soins primaires, car l'élément éducation s'y ajoute. C'est un modèle que nous espérons pouvoir reproduire à l'avenir lorsque nous allons répandre notre réforme dans toute la province.

**Mme Clarke:** Nous avons engagé un agent de recrutement qui travaille à la Faculté de médecine en collaboration avec le ministère et nos conseils d'administration pour voir comment nous pouvons améliorer la stratégie de recrutement des jeunes médecins.

**M. Thompson:** Je voudrais insister de nouveau sur ce point. Les relations étroites entre le ministère et l'université nous ont permis de poster notre recruteur à l'intérieur de la Faculté de médecine. Ce n'est pas une chose que vous trouverez dans les autres provinces.

**Le sénateur Robertson:** Cette relation me paraît très intéressante et je la crois efficace. Comme vous le savez, notre province utilise un certain nombre de places dans votre École de médecine. Cela ne date pas d'hier. Chaque fois que j'ai eu l'occasion de visiter votre École de médecine, j'ai toujours été impressionnée par la qualité de l'enseignement et la détermination des étudiants.

Pourriez-vous nous fournir le profil socio-économique de vos étudiants en médecine? Je crois que cela nous serait utile.

**Le président:** Le sénateur Robertson a été pendant longtemps ministre de la Santé au gouvernement du Nouveau-Brunswick et voilà pourquoi elle comprend si bien ce genre de détails. J'ai été étonné de vous entendre dire qu'un certain nombre des déterminants de l'état de santé étaient pires à Terre-Neuve que dans le reste du pays. Mes deux parents sont de Terre-Neuve, ma famille vit là-bas et j'ai donc passé beaucoup de temps dans la province.

J'aurais cru que l'état de santé des gens était bien moins bon dans les grandes villes qu'à Terre-Neuve. Je suis vraiment surpris



am really quite stunned that that some of the key determinants, like obesity, and other things, are worse here. Do you have any understanding as to why that is the case?

**Ms Clarke:** Our surveys indicate that there are cultural issues that surround the health status of the people of this province. Also, we have gotten away from physical activities. We think of Newfoundland and Labradorians as people that are outdoors and enjoying the outdoors, and yet, when we look at our physical activity rates, we see that is no longer the case.

We are a culture in transition in many ways and we have to get back to some of those basics. We also have a portion of our population who are below the low-income line and providing nutritional food for their families is also an issue. As well as the many issues facing our young people these days, many of them are spending a great deal of their time on computers and in front of televisions and as a result they exercise less. Physical activity is no longer a requirement in the school system. That is an issue that we need to re-address. We are not sure that we have done the right thing in that regard.

**The Chairman:** Physical education is no longer required, or no longer offered?

**Ms Clarke:** I think it is offered on sort of an ad hoc basis. It is no longer part of the core curriculum in the school system.

**Senator Cook:** Do you have a written policy? What do you mean by low income and the relationship to your drug program? Is it \$18,000 a year? Is it \$10,000? What is the threshold?

**Mr. Thompson:** We will certainly get you the specific documents, but the first definition relates to people who are on social assistance, or require social assistance. People who are low income can have access to assistance for the purposes of extraordinarily high cost drug therapies. I do not know if there is actually a clear and defined set of regulations but it has to do with the affordability of the drug therapy in the context of what their income is. We will get you any regulations that might surround that determination. It is in a different department. We administer the program once the different department says, yes, this person is eligible.

**Senator Cook:** Are you selective in the drugs that you provide to low income, and to seniors? Is it a blanket drug program, or are there just certain drugs available under this program?

**Mr. Thompson:** All of the drugs that are available on the provincial program administered by your department, yet most of those drugs are not extraordinarily high cost therapies. Those drugs would be a select few. What is defined as an extraordinarily high cost therapy, I cannot tell you today, but it is a matter of balance between the ability to pay, and the uninsured cost of the drugs to the individual.

**Senator Cook:** Mr. Chair, that information would be helpful for us, for the record. If I can share those numbers with you, and you have probably already seen it in our "Issues and Options" report: Newfoundland with 65 per cent, and PEI, 73, and Nova Scotia, 76, and New Brunswick, 67, we are back to the diversity that is Canada. When you look at Quebec, Ontario, Manitoba,

d'apprendre que certains des principaux déterminants comme l'obésité sont pires ici. En comprenez-vous la raison?

**Mme Clarke:** D'après nos enquêtes, certains facteurs culturels influent sur l'état de santé de la population de la province. Nous avons également renoncé à l'activité physique. On pense que les gens de Terre-Neuve et du Labrador aiment beaucoup les activités de plein air, mais quand nous examinons le taux d'activité physique, nous constatons que ce n'est plus le cas.

À bien des égards, nous sommes une culture en transition et il faudrait reprendre les bonnes habitudes. D'autre part, nous avons des gens qui sont en dessous du seuil de bas revenu et qui ont du mal à nourrir leur famille. Il y a aussi un grand nombre de jeunes qui passent beaucoup de temps devant leur ordinateur et la télévision et qui font donc moins d'exercice. L'éducation physique n'est plus obligatoire dans les écoles. C'est une question qu'il faut réexaminer. Nous ne sommes pas certains d'avoir pris les bonnes décisions.

**Le président:** L'éducation physique n'est plus obligatoire ou n'est plus offerte?

**Mme Clarke:** Je crois qu'elle est offerte sur une base facultative. Elle ne fait plus partie du programme scolaire.

**Le sénateur Cook:** Avez-vous une politique officielle? Qu'entendez-vous par bas revenu et quel est le lien avec votre programme de médicaments? S'agit-il de 18 000 \$ par année ou de 10 000 \$? Quel est le seuil?

**M. Thompson:** Nous allons vous faire parvenir ces documents, mais la première définition se rapporte aux personnes qui bénéficient de l'aide sociale ou qui ont besoin de l'aide sociale. Les personnes qui ont un bas revenu peuvent avoir accès à une aide pour payer des médicaments très coûteux. Je ne sais pas s'il y a un règlement clair et précis, mais cela tient compte du coût des médicaments dont elles ont besoin par rapport à leur revenu. Nous vous ferons parvenir tout règlement sur lequel cette décision pourrait s'appuyer. Cela relève d'un autre ministère. Nous administrons le programme une fois que ce ministère a dit que la personne y était admissible.

**Le sénateur Cook:** Êtes-vous sélectifs pour ce qui est des médicaments que vous fournissez aux personnes à faible revenu et aux personnes âgées? Le programme comprend-il tous les médicaments ou seulement certains?

**M. Thompson:** Tous les médicaments disponibles dans le cadre du programme provincial, mais la plupart de ces médicaments ne sont pas extrêmement coûteux. Il n'y en a quelques-uns. Je ne peux pas vous dire aujourd'hui ce que l'on définit comme une pharmacothérapie extrêmement coûteuse, mais il s'agit d'assurer un juste équilibre entre la capacité de payer de l'intéressé et le coût du médicament.

**Le sénateur Cook:** Monsieur le président, c'est un renseignement qu'il nous serait utile d'obtenir. Vous avez sans doute déjà vu ces chiffres dans notre rapport intitulé «Questions et options»: Terre-Neuve, 65 p. 100, Île-du-Prince-Édouard, 73 p. 100, Nouvelle-Écosse, 76 p. 100 et Nouveau-Brunswick, 67 p. 100. La diversité canadienne se manifeste encore une fois. Si vous

Saskatchewan, and B.C., they are coming in at 100 per cent. Alberta is at 83 per cent. There is something radically wrong with a national system that allows this to happen. It would certainly be helpful for us if we had that information. At least we could look at a reasonable analysis of it.

**Mr. Thompson:** The structure of our drug programs are clearly tailored to the affordability of them to the provincial government in the context of all the other needs that we have to satisfy. Therefore, there is only a certain set that can be afforded within the revenue base that we have to operate within. If we cannot affect the revenue base, then at some point we will have to continue to tailor the size of that program to the amount of money available.

**Senator Cook:** We need to understand whether it is inclusive or exclusive. As a Newfoundlander I want to discuss equalization. The envelope called "equalization" comes to the province, and then the province determines what the priorities are with what is in that envelope. Am I correct? There must be other pressing issues other than health.

**Mr. Thompson:** Yes, correct.

**Senator Cook:** When we amalgamated the hospitals the feeling was that the government was going to save money. I do not think that the economic expectations of those changes were met. Do you want to comment on that?

**Mr. Thompson:** I don't have the data to comment on it. I can tell you that the cost of the health envelope in the provincial government has continued to rise. Of course, that may be more than likely the cost of direct services than administration, which is what you are referring to. Ms Clarke, do you know of any data that pertains to this question?

**Ms Clarke:** No. The only thing is I think we had is 50 CEOs for hospitals across the province.

**Mr. Thompson:** There used to be.

**Ms Clarke:** And we have gone down to 14 boards, which means we have 14 CEOs. I do not know if there has been any costing done concerning the period of time since the amalgamation.

**Senator Cook:** Equalization reached a plateau in the mid 1990s during the time that we first started amalgamating hospitals. I want to know if there was an impact of cost expenditure. Never mind the human resources element that we moved all over: housekeeping, nursing, maintenance and so on. People were going all over the place. There were people being bought out. There were people taking early retirement. We did a massive job of restructuring. I wish someone could tell me what that cost the government.

**Mr. Thompson:** The theory, was that we would save funds that could be reallocated to frontline services, and contain cost over time. I do not have the data today to answer your question, but we will find whatever data is available to let you know. We still face the same questions. Where can we find consolidations or streamlining that can move cost from one area to another? It is the same question that never goes away in the health system.

prenez le Québec, l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique, les médicaments y sont couverts à 100 p. 100. Pour l'Alberta, c'est 83 p. 100. Un système national qui tolère pareille chose présente un sérieux défaut. Il nous serait certainement utile d'obtenir ce renseignement. Nous pourrions au moins faire une analyse raisonnable.

**M. Thompson:** Nos programmes de médicaments sont fonction de la capacité de financement du gouvernement provincial compte tenu de tous les autres besoins que nous devons satisfaire. Les revenus dont nous disposons nous permettent seulement d'offrir certaines choses. Si nous ne pouvons pas augmenter nos revenus, nous devons adapter nos programmes au montant d'argent disponible.

**Le sénateur Cook:** Il faut que nous comprenions si c'est un système inclusif ou exclusif. En tant que Terre-Neuvienne, je tiens à aborder la question de la péréquation. La province reçoit une enveloppe marquée «péréquation» et elle décide ensuite de la façon dont elle utilisera le contenu de cette enveloppe. J'ai bien compris? Il doit y avoir d'autres priorités que la santé.

**M. Thompson:** En effet.

**Le sénateur Cook:** Lorsque nous avons fusionné les hôpitaux, nous pensions que le gouvernement allait économiser de l'argent. Je ne pense pas que ces changements aient répondu aux attentes sur le plan financier. Voulez-vous nous en parler?

**M. Thompson:** Je n'ai pas les données qui me permettraient d'en parler. Je peux vous dire que le coût de l'enveloppe de la santé du gouvernement provincial a continué d'augmenter. Bien entendu, il s'agit sans doute du coût des services directs plutôt que des frais d'administration. Madame Clarke, avez-vous des données au sujet de cette question?

**Mme Clarke:** Non. Je sais seulement que nous avions 50 directeurs généraux dans les hôpitaux de la province.

**M. Thompson:** C'était avant.

**Mme Clarke:** Nous avons réduit ce nombre à 14 conseils d'administration ce qui veut dire que nous avons 14 directeurs généraux. Je ne sais pas si l'on a calculé les coûts pour la période qui a suivi la fusion.

**Le sénateur Cook:** La péréquation a atteint un plateau au milieu des années 90 lorsque nous avons entrepris la fusion des hôpitaux. Je voudrais savoir si cela a eu des répercussions sur les dépenses. Peu importe les ressources humaines que nous avons déplacées que ce soit pour l'administration, les soins infirmiers, l'entretien et le reste. Le personnel a été déplacé d'un endroit à l'autre. Des gens ont été payés pour partir. Il y a eu des retraites anticipées. Nous avons fait une énorme restructuration. J'aimerais que quelqu'un me dise ce que cela a coûté au gouvernement.

**M. Thompson:** En principe, nous devons économiser de l'argent qui pouvait être réaffecté aux services en première ligne et cela devait limiter la progression des dépenses. Je n'ai pas sous la main les renseignements qui me permettraient de répondre à votre question, mais nous allons les obtenir et vous les communiquer. Nous sommes toujours confrontés aux mêmes problèmes. Où pouvons-nous trouver la possibilité de déplacer les



**Senator Cook:** If you have any kind of an analysis or evaluations pertaining to that time they will not only help us, but they will help you.

I want to discuss the nursing profession. I think that our nurses are the best in the country. In the 1980s, we started a collaborative program with the nursing schools at Memorial and Corner Brook. We had a common curriculum. The goal was to have a B.N. program by the year 2000. That goal was achieved.

The Centre for Nursing Studies became an entity and the amalgamation went to Memorial. During that period of time, more nurses left Newfoundland because they could not find a job or a decent salary scale. Why? We turned out first-class nurses from an excellent program and yet they went left the province. Why?

**Mr. Thompson:** I cannot answer why they left, but I can tell you some of the things that we have been done since that time. Last year we did a reclassification of their salaries and as a result they enjoy a substantial increase in salary. This is keeping more of our nurses here in the province.

As I mentioned earlier, we offer bursaries to keep new graduates working in the province. We have added more full-time positions to many of the hospitals in order to convert casual nurses into permanent nurses.

As a result of all these measures, you will see in the national statistical data, that Newfoundland has the highest ratio of nurses per 100,000 population of any province in the country. It is clear from that ratio that we are not suffering from a shortage of nurses on a comparative basis across the country. There are certainly specific areas in the provinces, or specific areas of specialization where we suffer shortages, but overall, the ratio of nurses in this province is very healthy.

**Senator Cook:** The fact remains that at one time a well-trained nurse left this province to work elsewhere because she could not find work here. Yet now we are in the process of adding incentives. I hope that we learned a lesson from that. I have a lot of empathy for equalization and things do have to be done differently. One of the criteria for equalization is population based. Have you any data that shows how much we dropped due to the declining population. I think that information would be helpful as well. We were capped in 1994-95 and I think our declining populations and the movement of our people had a significant impact on that capping.

**Mr. Thompson:** You have hit on an excellent point. Both equalization, as well as CHST, are linked to population, and as a consequence of the declining population from maybe around 570,000, down to 530,000 we have suffered a substantial loss in the last ten or 15 years. The province has suffered a loss of

coûts d'un secteur à un autre? La même question continue de se poser.

**Le sénateur Cook:** Si vous avez des analyses ou des évaluations, sur cette période, cela pourrait non seulement nous être utile, mais vous éclairer également.

Je voudrais parler des soins infirmiers. Je sais que nos infirmières sont les meilleures du pays. Dans les années 80, nous avons lancé un programme de coopération entre les écoles de sciences infirmières de Memorial et de Corner Brook. Le programme était le même. Le but était de mettre en place un programme de baccalauréat en sciences infirmières d'ici l'an 2000. Cet objectif a été atteint.

Le Centre de sciences infirmières est devenu une entité et le programme a été fusionné à Memorial. Au cours de cette période, un plus grand nombre d'infirmières ont quitté Terre-Neuve parce qu'elles ne pouvaient pas trouver un emploi ou un salaire décent. Pourquoi? Un excellent programme a produit des infirmières de haut calibre, mais pourtant elles ont quitté la province. Pourquoi?

**M. Thompson:** Je ne peux pas vous dire pourquoi elles sont parties, mais je peux vous dire ce que nous avons fait depuis. L'année dernière, nous avons procédé à une reclassification, ce qui s'est traduit par une bonne augmentation de salaire. Cela nous permet de retenir un plus grand nombre d'infirmières dans la province.

Comme je l'ai dit, nous offrons des bourses pour inciter des nouvelles diplômées à travailler dans la province. Nous avons ajouté davantage de postes à plein temps dans un grand nombre d'hôpitaux de façon à transformer les postes occasionnels en postes permanents.

À la suite de toutes ces mesures, vous constaterez dans les données statistiques nationales que Terre-Neuve a le ratio d'infirmières par 100 000 habitants le plus élevé de toutes les provinces. Ce ratio montre bien que nous n'avons pas de pénurie d'infirmières par rapport aux autres provinces. Il y a évidemment des régions ou des champs de spécialisation dans lesquels nous manquons de personnel, mais dans l'ensemble, le ratio d'infirmières est très satisfaisant.

**Le sénateur Cook:** Le fait est qu'à une certaine époque, des infirmières qui avaient reçu une bonne formation ont quitté la province parce qu'elles ne pouvaient pas trouver de travail ici. Nous sommes en train d'ajouter des incitatifs. J'espère que nous en avons tiré la leçon. En ce qui concerne la péréquation, il faudrait faire les choses différemment. La péréquation se fonde notamment sur des critères démographiques. Avez-vous des données indiquant combien d'argent nous avons perdu à cause de la diminution de la population. Ce renseignement serait également utile. Nous avons été plafonnés en 1994-1995 et je crois que la baisse du nombre d'habitants et le départ d'une partie de notre population a eu d'importantes répercussions sur ce plafonnement.

**M. Thompson:** Vous avez soulevé une excellente question. La péréquation et le Transfert social canadien sont reliés à des critères démographiques et comme le nombre d'habitants est tombé d'environ 570 000 à 530 000, nous avons subi une perte importante au cours des 10 ou 15 dernières années. Nos revenus

transfer income. So that is an important loss, an important loss of fiscal flexibility.

In addition to that, we have a health care set of institutions, and a staffing level that cannot be reduced for every person that leaves. We just cannot reduce the system by an equal increment. There are some adjustments that can be made and there were some decrease in the number. If somebody is moved away, they are no longer coming into a hospital or doctor here, but there are elements of the system that cannot be reduced in the same proportion. So we have a revenue loss, as well as an inability to adjust our cost as fast as we would like to. We are caught in the double bind, and probably more so, in that regard, than any other province. We may be unique in the country.

In terms of the financial case that we try to make for federal transfers, this double bind needs to be recognized so that we can deal with our problems, not just by continuing the downward spiral of reductions, but by trying to provide cushions so that the impact is not as great as it might otherwise be.

**Senator Cook:** If that is not the option here is our government looking at other options and other programs to take care of the essential needs of Newfoundlanders and Labradorians? If you cannot get it out of that purse, are you developing anything else?

**Mr. Thompson:** That is exactly what the health forums are about is to identify through consultation what are perceived to be the best options. Then government will make decisions on the basis of that, and come out with a policy framework early next calendar year.

So far, the reaction has been that the reallocation strategy is the best one to use. If we have to live within our means, and we cannot take away more from other departments, then allocating from efficiencies, but also from areas of lowest need to areas of highest need is what we have left to do. That is what we are being told so far.

**Senator Robertson:** I think population based transfers is something we should look into. Population based transfers are very unfair. In the health system there is a certain amount of money that is required to put in very basic services. Whether you are dealing with \$1 million, \$1.5 million, or \$500,000. The population based transfer programs simply do not work for the smaller provinces. They further jeopardize the health ability of those provinces.

**The Chairman:** There have been a lot of studies done on that subject over the years. You are correct.

**Senator Robertson:** Yes, I just wanted to make sure.

**Ms Clarke:** The region outside of St. John's has remained stable over the last five years. Labrador has had a small increase in population, but the population of Labrador is so small to begin with, that it does not really mean much. The rest of rural Newfoundland has lost between 10,000 to 15,000 people per region in the last five years. In those areas we are still delivering

de transfert ont diminué. C'est donc une perte importante et cela limite beaucoup notre marge de manoeuvre financière.

De plus, nous avons une série d'établissements de soins dont nous ne pouvons pas réduire l'effectif à chaque fois qu'une personne quitte la province. Nous ne pouvons pas comprimer le système au fur et à mesure. Nous pouvons apporter certains ajustements et nous avons un peu réduit nos effectifs. Si une personne quitte la province, elle ne fréquente plus l'hôpital ou le cabinet de médecin de l'endroit où elle habitait, mais il y a certains éléments du système qu'il n'est pas possible de réduire dans la même proportion. Cela entraîne donc une perte de revenus et nous ne pouvons pas ajuster nos coûts aussi rapidement que nous le voudrions. Nous sommes donc doublement coincés et sans doute davantage que n'importe quelle autre province. Notre situation est peut-être unique.

Il faudrait que les transferts fédéraux tiennent compte de la double impasse dans laquelle nous nous trouvons afin que nous puissions résoudre nos problèmes, non seulement en continuant à réduire les services, mais en essayant de faire en sorte que les effets ne soient pas ressentis aussi durement.

**Le sénateur Cook:** Si ce n'est pas l'option choisie, notre gouvernement envisage-t-il d'autres solutions et d'autres programmes pour répondre aux besoins essentiels des habitants de Terre-Neuve et du Labrador? Si vous ne pouvez pas trouver l'argent de ce côté-là, cherchez-vous une autre solution?

**M. Thompson:** C'est exactement le but des tribunes sur la santé. Ces consultations doivent permettre de trouver les meilleures solutions. C'est ce qui permettra au gouvernement de prendre des décisions et de présenter un cadre politique au début de l'année prochaine.

Jusqu'ici, les participants ont estimé que la stratégie de réaffectation était la meilleure. Si nous ne pouvons pas dépenser plus d'argent que nous n'en avons ni aller en chercher du côté des autres ministères, nous devons augmenter notre efficacité et également transférer nos ressources des secteurs où les besoins sont les plus faibles à ceux où ils sont les plus grands. Voilà ce qu'on nous a dit jusqu'ici.

**Le sénateur Robertson:** Je pense que nous devrions nous pencher sur les transferts basés sur le nombre d'habitants. C'est une formule très injuste. Le système de santé a besoin d'un certain montant d'argent pour les services essentiels, qu'il s'agisse de 1 million, d'un million et demi ou de 500 000 \$. Les programmes de transfert qui se fondent sur le nombre d'habitants ne sont pas satisfaisants pour les petites provinces. Cela compromet encore plus leur capacité à offrir des services de santé.

**Le président:** Il y a eu un tas d'études sur la question au cours des années. Vous avez raison.

**Le sénateur Robertson:** Oui. Je voulais seulement en être certaine.

**Mme Clarke:** La région située à l'extérieur de St. John's est restée stable au cours des cinq dernières années. Le Labrador a connu une légère croissance démographique, mais sa population est tellement petite que cela ne veut pas dire grand-chose. Pour ce qui est du reste de Terre-Neuve, chaque région a perdu entre 10 000 et 15 000 habitants au cours des cinq dernières années.



the same health services with the same numbers of staff even though we have had a significant drop in population. That presents a challenge to us in terms of the future if we are going to live within our means.

We have issues regarding the location of services. Can those services be everywhere that they are now? Those are some of the questions that we are going to have to deal with.

**The Chairman:** To put that in perspective, and do not hold me to the number, but Saskatchewan has closed 35 or 40 small community hospitals and converted them into clinics. The hospitals have been consolidated into larger centres. This has been done in the last two years.

**Senator Léger:** I want to ask about the user fees. When you discussed user fees in your forums did the people mention a figure of \$1, or is it according to revenue, or is it simply zero?

**Ms Clarke:** People have brought up different amounts of money: \$2 or \$5 for instance, versus \$15 or \$20. The overall sense from people is caution because of our small population and the effect that user fees have on the working poor.

**Senator Léger:** I think they are afraid of the system.

**Senator Cook:** I would like to go back to your comment about desiring to live within one's means. I have never achieved that in my life, and neither have my children. I would like to leave with the Department of Health with the message that this is not about living within your means. This is about taking care of people, and this is the year 2001. If the environment is not happy, and up and running, then that impacts on that individual. That has to be part of the criteria. The workplace has to be up and running and first class.

**The Chairman:** Our next set of witnesses are Patricia Pilgrim, President of St. John's Branch of the VON, Sharon Smith, President of The Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador and Wayne Lucas, President of Newfoundland CUPE.

**Ms Patricia Pilgrim, President, St. John's Branch, Victorian Order of Nurses (VON Canada):** I am on the board of directors of the St. John's VON Branch. I also represent this province on the national VON board of directors. I certainly thank you for the opportunity to come and speak to you this morning, and I will be brief.

As you know, VON has a strong and well-established history in the provision of community based health care in this province and across Canada. This province supports the key messages that you heard from VON Canada earlier this year when they were presented to you.

Nothing that I say will be new to you, but we appreciate the opportunity to reiterate and reinforce the messages that you have already heard. I will make particular reference to two groups of people: home support workers, and informal caregivers.

Nous devons quand même continuer à offrir les mêmes services de santé avec le même personnel même s'il y a eu une réduction importante du nombre d'habitants. Nous avons là un défi à relever si nous devons vivre selon nos moyens.

Il y a aussi le problème de l'emplacement des services. Ces services peuvent-ils être maintenus partout où ils se trouvent actuellement? Voilà certaines des questions auxquelles nous devons trouver une réponse.

**Le président:** À titre de comparaison, je ne garantis pas l'exactitude de ces chiffres, mais la Saskatchewan a fermé 35 ou 40 petits hôpitaux communautaires qu'elle a transformés en cliniques. Il y a eu des fusions d'hôpitaux. C'est ce qui a été fait au cours des deux dernières années.

**Le sénateur Léger:** Je voudrais poser une question au sujet du ticket modérateur. Quand vous en avez parlé dans vos tribunes, les gens ont-ils cité un chiffre de 1 \$, les frais seraient-ils fonction du revenu ou n'y aurait-il rien à payer?

**Mme Clarke:** Les gens ont cité des montants différents: 2 \$ ou 5 \$, par exemple, plutôt que 15 \$ ou 20 \$. On semble vouloir opter pour la prudence en raison de notre petite population et des effets que le ticket modérateur risque d'avoir sur les travailleurs à faible revenu.

**Le sénateur Léger:** Je crois que les gens ont peur du système.

**Le sénateur Cook:** Je voudrais en revenir à ce que vous avez dit quant à la nécessité de vivre selon ses moyens. Je n'y suis jamais parvenue pas plus que mes enfants. Je voudrais faire comprendre au ministère de la Santé qu'il ne s'agit pas ici de vivre selon ses moyens. Il s'agit de prendre soin des gens et nous sommes en l'an 2001. Si l'atmosphère n'est pas bonne au travail, cela se répercute sur les gens. Il faut que tout marche bien et que l'ambiance soit bonne.

**Le président:** Nos témoins suivants sont Patricia Pilgrim, présidente de la Subdivision de St. John's des Infirmières de l'Ordre Victoria, Sharon Smith, présidente, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador et Wayne Lucas, président du Syndicat canadien de la fonction publique — Terre-Neuve.

**Mme Patricia Pilgrim, présidente, Subdivision de St. John's, Infirmières de l'Ordre de Victoria (IOV Canada):** Je siège au conseil d'administration de la Subdivision de St. John's de IOV. Je représente également la province au conseil d'administration national. Je vous remercie de m'avoir invitée à venir prendre la parole devant vous ce matin et je serai brève.

Comme vous le savez, les Infirmières de l'Ordre de Victoria se sont bâti une solide réputation dans le domaine des soins de santé communautaires tant dans cette province que dans tout le pays. Nous souscrivons aux principaux messages qui vous ont été transmis plus tôt, cette année, par IOV Canada.

Je n'ai rien à vous dire de nouveau, mais nous apprécions cette occasion de réitérer et de renforcer les messages que vous avez déjà entendus. Je parlerai particulièrement de deux groupes de gens: les aides à domicile et les aidants naturels.

The demand for home care workers continues to in relation to the changes in demographics, the aging population, chronic care, and changes in utilization practices within other sectors such as acute care. As the acute care sector continues to strive to reduce their length of stay to avoid admissions, we get greater and greater demand for home care services. We are seeing the public's growing desire to remain in the home. The demand that covers the whole spectrum of care from the need for the more acute care, convalescent, continuing and palliative care services. Home support workers provide a necessary service to the people of this province, but they are not adequately compensated. In many cases they are not appropriately trained or educated to meet the comprehensive health and social needs of the clients in the community. There is a shortage of home support workers. The workers that we do have are often buoyed by significant wage disparities, sometimes ambiguous and difficult working conditions, and lack of support systems. There is a lack of national standards to ensure unity of service for clients. There are guidelines within this province for training or educational programs, but these do not apply to the areas of self-managed care situations, which are really growing in numbers in this province. Given the realities of the present situation, it is very difficult to recruit and to retain significant numbers and quality of home support workers.

VON recommends that the federal government take a leadership role in addressing the many issues related to home support services, to ensure adequate funding, and to ensure that standards of care are adopted and met.

The informal caregiver provides necessary care and support to families, neighbours, and friends in need. VON is pleased to see that the issues related to the informal caregiver network are being addressed or discussed at the national level.

Caregivers in this province are often located in small rural areas isolated from many sources of support. In many small communities all of the young people have left their homes to find work elsewhere. In those communities we have informal caregivers who can be 50 or 60 years of age looking after friends and family who are in their 80s and 90s.

Caregivers are often isolated and face obstacles and challenges without knowledge of where to turn for support and guidance. This takes its toll on their health, and often the financial security of the caregiver in the home, and threatens this necessary and vital component of community-based service.

VON fully supports and urges this Senate committee to include in their final report a federal commitment to lead the development of programs and policies that recognize and support the informal caregiver.

**The Chairman:** You used a term that I am not familiar with. You talked about "self-managed situations."

**Ms Pilgrim:** A self-managed situation is where the families actually employ the home support worker.

La demande de soins à domicile reste fonction des changements démographiques, du vieillissement de la population, ainsi que des changements en ce qui concerne les soins chroniques et l'utilisation des services d'autres secteurs tels que les soins actifs. Comme le secteur des soins actifs continue de réduire la durée de l'hospitalisation pour éviter des admissions, nous voyons la demande de services de soins à domicile augmenter de plus en plus. Nous constatons que les patients souhaitent davantage rester chez eux. La demande couvre l'éventail complet des soins qui va des soins aigus à la convalescence jusqu'aux soins palliatifs, en passant par les soins continus. Le personnel des services de soutien à domicile fournit un service dont la population de la province a besoin, mais sans être rémunéré adéquatement. Bien souvent, ces personnes n'ont pas la formation ou l'éducation voulue pour répondre à tous les besoins médicaux et sociaux des patients. Il y a une pénurie de travailleurs de cette catégorie qui doivent souvent faire face à des disparités salariales importantes, à des conditions de travail parfois ambiguës et difficiles et à un manque de système de soutien. Il n'y a pas de normes nationales pour assurer l'uniformité des services offerts aux clients. Nous avons des lignes directrices pour les programmes de formation ou d'éducation, mais elles ne s'appliquent pas au secteur des soins autogérés qui est en train de se développer dans la province. Étant donné les réalités de la situation actuelle, il est très difficile de recruter et de retenir un grand nombre d'employés de qualité pour dispenser les soins à domicile.

IOV recommande que le gouvernement fédéral joue un rôle de chef de file en remédiant aux nombreux problèmes reliés aux services de soins à domicile de façon à assurer un financement adéquat et à veiller à ce que des normes de soins soient adoptées et respectées.

Les aidants naturels apportent des soins et un soutien aux familles, voisins et amis dans le besoin. IOV se réjouit de voir que l'on discute au niveau national des questions relatives au réseau de soignants non professionnels.

Les aidants naturels de la province résident souvent dans des petites régions rurales isolées de la plupart des sources de soutien. Dans de nombreuses petites localités, tous les jeunes ont quitté la maison pour aller trouver du travail ailleurs. Il y a là-bas des aidants naturels âgés de 50 ou 60 ans qui prennent soin d'amis ou de parents qui sont octogénaires ou nonagénaires.

Ces personnes sont souvent isolées et sont confrontées à des obstacles et à des problèmes sans savoir où se tourner pour obtenir un soutien ou des conseils. Cela se répercute sur leur santé et souvent aussi sur leur sécurité financière, ce qui menace cet élément indispensable des services communautaires.

IOV exhorte le comité sénatorial à recommander dans son rapport final que le gouvernement fédéral s'engage à ouvrir la voie à des programmes et à des politiques pour soutenir les aidants naturels.

**Le président:** Vous avez utilisé une expression que je ne connais pas. Vous avez parlé de «soins autogérés».

**Mme Pilgrim:** Cela désigne des situations où les familles engagent elles-mêmes l'aide à domicile.



**The Chairman:** As opposed to the family hiring the VON worker.

**Ms Pilgrim:** The families actually hire them and manage them in their own home.

**Ms Sharon Smith, President, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador:** Senators, I represent the Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. We have 6,000 members in our organization, and we represent the professional needs of nurses within the province. That includes nurse managers, nurse educators, and frontline workers. We certainly appreciate the opportunity to address the Senate.

Our mission is to have healthy people in Newfoundland and Labrador. face. We will focus our response on selected issues and topics raised in relation to future health care policy, finance, and the nursing resource infrastructure. You have our brief, and I will attempt to be as brief as I can.

We concur with the committee's opinion that our health care system is not meeting the health needs of its citizens and the country needs a major overhaul in the delivery of health services. We believe the federal government needs to lead the development of a national strategy to shift the country to a primary health care and wellness model as the basis for the delivery of health services. We are not referring just to primary care reform, but a shift to a model of primary health care. Although both federal and provincial governments have funded primary health care demonstration projects throughout the country, the delivery of health care services has not changed. The system is still illness and provider focused, rather than wellness and client focused.

As the Senate committee has suggested primary health care reform will require the health professionals to buy-in on the value of a primary care approach. That is not going to be easy to sell. The public will need to be more active participants in their health and health care. We will have to see the reduction of "turf" protection among health professionals so that all team members can be utilized to their full scope of practice. Further, multidisciplinary teams of professionals who practice in a partnership of equals when responding to the health needs of various client groups will need to be created.

Although the committee's spectrum approach or the utilization of health providers needs to be refined, we believe the principle of better use of the full spectrum of health provider is essential for effective reform. This principle should be expanded to include the funding of insured professional services so the public can have direct access to the most appropriate health care provider.

In relation to the financial options, registered nurses are the largest group of health professionals, and the frontline providers of health services on a 24 hour, seven days a week, 365 days a year basis. We believe that there are inefficiencies in our current system, and are not prepared to entertain new models of financing

**Le président:** Au lieu que cette personne soit employée par IOV.

**Mme Pilgrim:** Ce sont les familles qui embauchent ces personnes et qui sont leurs employeurs.

**Mme Sharon Smith, présidente, Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador:** Sénateurs, je représente l'Association of Registered Nurses of Newfoundland and Labrador. Nous comptons 6 000 membres et nous défendons les besoins professionnels du personnel infirmier de la province. Ce personnel comprend les infirmières gestionnaires, les infirmières enseignantes et les travailleurs de première ligne. Nous apprécions certainement cette occasion de prendre la parole devant le Sénat.

Nous avons pour mission de faire en sorte que la population de Terre-Neuve et du Labrador soit en bonne santé. Nous parlerons surtout de certaines questions que vous avez soulevées en ce qui concerne l'avenir de la politique des soins de santé, le financement et l'infrastructure des soins infirmiers. Vous avez reçu notre mémoire et j'essaierai donc d'être le plus brève possible.

Nous sommes d'accord avec le comité pour dire que notre système de santé ne répond pas aux besoins des citoyens et qu'il faut réviser en profondeur la prestation des services. Nous croyons que le gouvernement fédéral doit diriger l'élaboration d'une stratégie nationale visant à adopter un modèle de soins primaires et de mieux-être pour la prestation des services de santé. Nous ne parlons pas seulement d'une réforme des soins primaires, mais de l'adoption des modèles de soins primaires. Même si le gouvernement fédéral et les provinces ont financé des projets de démonstration de soins primaires un peu partout au Canada, la prestation des services de santé n'a pas changé. Le système est toujours centré sur la maladie et le fournisseur de soins plutôt que sur le mieux-être et le client.

Comme le comité sénatorial l'a laissé entendre, une réforme des soins primaires exigera que les professionnels de la santé soient convaincus de la valeur du modèle des soins primaires. Ce ne sera pas facile. Il faudra que la population participe plus activement à ses soins médicaux. Il faudra que les professionnels de la santé cherchent moins à protéger leur territoire afin que l'on puisse utiliser pleinement les capacités de tous les membres de l'équipe. De plus, il faudra créer des équipes multidisciplinaires qui exerceront leur profession en tant que partenaires égaux pour répondre aux besoins médicaux des divers groupes de clients.

Il y a des détails à mettre au point pour appliquer les recommandations du comité en ce qui concerne l'utilisation des professionnels de la santé, mais nous croyons essentiel de faire un meilleur emploi de la gamme complète de fournisseurs de soins pour apporter une réforme efficace. Il faudrait élargir ce principe au financement des services professionnels assurés afin que le public ait directement accès au fournisseur de soins le plus adéquat.

En ce qui concerne les options financières, les infirmières autorisées constituent le groupe de professionnels de la santé le plus nombreux et elles fournissent des services en première ligne 24 heures sur 24, sept jours sur sept et d'un bout à l'autre de l'année. Nous croyons que le système actuel n'est pas toujours

the system until the inefficiencies can be addressed. We believe that reforming health care delivery, improving system effectiveness and efficiency, and educating the public and other vested interests on the need for change has the potential to generate the money required to sustain the system. Governments must make tough decisions about what services our country can afford, and in consultation with the public, must decide what is to be covered by all medically necessary services. We believe that limiting financial coverage to medical and hospital care perpetuates costly illness focus care. Standards for the 21st century need to include health promotion and prevention, home care, and pharmacare. Standards should be benchmarked against available evidence and be consistent within the provinces and across the country.

Registered nurses do not support implementing user fees, as there is no evidence user fees improve inappropriate and inefficient services. There is no evidence that such fees will reduce costs. The profession is still concerned that implementation of user fees will result in a two-tiered system that will ultimately disadvantage the disadvantaged.

Similarly, nurses do not support moving to a two-tiered system where public and private systems coexist. The concern is that it would only be a matter of time before the private system would erode the public system. We support a publicly funded health system that provides essential health services that are determined by health need, and not the ability to pay.

In relation to the nursing resource infrastructure, our country and province is facing a crisis related to the supply of registered nurses. CIHI statistics indicate the number of nurses in Newfoundland rose by 2.5 per cent in the year 2000. However, despite this increase, our health boards still report difficulty in retaining nurses for both urban and rural settings. The shortage of nurses in our province is such that the number of graduates does not meet the current demand for nurses. In 2001, there will be a shortfall of 26 graduates, and a shortfall of 30 to 40 graduates in each of the next three years. Our workforce is slightly younger than the rest of Canada, as the average age is 40.6, but it is aging, and retirement of the baby boomers will begin in the year 2004. Our province needs to increase enrolments in our nursing schools now if we are to meet future demands. The current number of new graduates is 40 per cent less than in the early 1990s when the number of nursing education seats were higher. We had 273 seats at that time, as opposed to 180 now. It is also interesting to note that nursing is viewed as an attractive career choice in Newfoundland, as there is double the number of qualified applicants for each funded seat in our basic baccalaureate nursing programs. Many registered nurses, nurse practitioners, and advanced practice nurses, are underutilized. There is well-established evidence to demonstrate the cost effectiveness of advanced practice nurses and nurse practitioners in the provision of nursing and primary care services in rural and urban settings. In addition, nurses with special expertise can play a bigger role in the care of high need populations, especially in community based populations. The evidence is available to demonstrate that when nursing services

efficace et nous ne sommes pas prêts à envisager de nouveaux modèles de financement du système tant qu'on n'y aura pas remédié. Nous croyons qu'en réformant la prestation des soins, en améliorant l'efficacité du système et en faisant comprendre au public et aux autres intérêts la nécessité d'apporter des changements, on pourra générer l'argent nécessaire pour assurer la viabilité du système de santé. Les gouvernements ont des décisions difficiles à prendre quant aux services que notre pays peut se permettre et il doit décider, en consultant le public, des services qui seront couverts. Nous croyons qu'en limitant l'assurance aux soins médicaux et hospitaliers on perpétue un coûteux modèle centré sur la maladie. Il faudrait que les normes pour le XXI<sup>e</sup> siècle comprennent la promotion de la santé et la prévention, les soins à domicile et l'assurance-médicaments. Il faudrait que les normes soient établies en fonction des preuves disponibles et soient uniformes d'une province à l'autre.

Les infirmières autorisées ne sont pas pour le ticket modérateur, car rien ne prouve que cela puisse améliorer les services inadéquats et inefficaces. Rien ne prouve que les frais d'utilisation réduiront les coûts. La profession craint que le ticket modérateur ne crée un système à deux vitesses qui finira par désavantager les personnes déjà défavorisées.

Également, les infirmières ne sont pas pour un système à deux vitesses dans lequel coexisteraient un système public et un système privé. Nous craignons que le système privé ne tarde pas à éroder le système public. Nous sommes pour un système de santé public qui fournit des services essentiels en fonction des besoins et non pas de la capacité de payer.

En ce qui concerne l'infrastructure des soins infirmiers, notre pays et notre province font face à une pénurie d'infirmières autorisées. Selon les statistiques de l'Institut canadien d'information sur la santé, le nombre d'infirmières a augmenté de 2.5 p. 100, à Terre-Neuve, en l'an 2000. Toutefois, malgré cette progression, nos commissions de santé ont encore de la difficulté à retenir des infirmières tant dans les villes que dans les régions rurales. La pénurie d'infirmières est si grave que le nombre de diplômées ne répond pas à la demande actuelle. En 2001, il nous manquera 26 diplômées et c'est ensuite 30 à 40 diplômées qui nous manqueront chaque année au cours des trois prochaines années. Notre effectif est légèrement plus jeune que dans le reste du pays puisque l'âge moyen est de 40.6 ans, mais il vieillit et les «baby-boomers» commenceront à prendre leur retraite en 2004. Notre province doit augmenter immédiatement le nombre d'inscriptions dans les écoles d'infirmières si nous voulons faire face à la demande future. Le nombre actuel de nouvelles diplômées est inférieur de 40 p. 100 à ce qu'il était au début des années 90 où il y avait davantage de places dans les programmes de sciences infirmières. Nous avions alors 273 places contre 180 maintenant. D'autre part, les soins infirmiers sont considérés comme un choix de carrière attrayant à Terre-Neuve étant donné qu'il y a deux fois plus de candidats que de places dans nos programmes de baccalauréat en sciences infirmières. De nombreuses infirmières autorisées, infirmières praticiennes et infirmières exerçant à un niveau avancé sont sous-utilisées. La rentabilité de l'emploi de ces deux dernières catégories d'infirmières pour les soins infirmiers et les services de soins primaires en milieu rural et urbain a été bien



are optimized, they can improve the effectiveness and efficiency of health services.

The scope of practice for registered nurses and licensed practical nurses is evolving, and we support the implementation of practises that enables both registered nurses and licensed practical nurses to work to the full potential of their approved scope of practice and within their level of competency. Recently our association worked with the Counsel for Licensed Practical Nurses, and our health system, to develop a Learning Circles Project with nurses and LPNs. The goal of this project was to promote collaboration and teamwork by educating nurses on their respective roles and competencies, as well as to develop decision-making skills as a tool for issue resolution.

The issues surrounding the nursing shortage are complex and global in nature. Therefore, we support a federal role in leading the development of a national strategy to revitalize the nursing workforce. Furthermore, we believe the strategy should include concrete support for the education of registered nurses at entry and advanced levels, as well as basic and innovative strategies for the retention of nurses in the profession in the workplace.

**Mr. Wayne Lucas, President, Canadian Union of Public Employees, Newfoundland:** I would like to start by saying that our presentation is organized around three major themes: sustainability, funding options, and privatization.

We are opposed to a two-tier health care system, we are opposed to user fees and we are opposed to privatization. We cannot afford private health care. We are opposed to user fees and health care premiums. We are opposed to health as a taxable benefit. We are opposed to a medical savings account. We are opposed to private insurance coverage.

We believe the solution is a made in Canada solution. We believe that privatization is bad for health care. We have led major anti-privatization campaigns throughout the country over the last number of years to bring these issues to our members.

We believe that the committee's recommendations must follow the principle that good health is a fundamental right and that the way to preserve public health is through the active measures of promotion, prevention and protection.

We recognize that health care is for the public good and that the few must not profit at the expense of the many. We are strongly opposed to any commercialization or privatization of health care. We believe that the federal government must negotiate a general exclusion of health services and health insurance from all trade agreements.

démontrée. De plus, les infirmières qui ont des compétences particulières peuvent jouer un plus grand rôle dans les soins aux clientèles ayant de grands besoins, surtout en milieu communautaire. Nous avons la preuve que lorsque les services de soins infirmiers sont optimisés, ils peuvent améliorer l'efficacité des services de santé.

Le champ d'exercice de la profession d'infirmière autorisée et d'infirmières auxiliaire autorisée évolue et nous sommes pour la mise en place de pratiques qui permettent à ces deux catégories d'infirmières d'utiliser pleinement leurs compétences. Récemment, notre association a travaillé, avec le Counsel for Licensed Practical Nurses et le système de santé à l'élaboration d'un cercle d'apprentissage pour les infirmières et les infirmières auxiliaires. Ce projet avait pour but de promouvoir la collaboration et le travail d'équipe en éduquant les infirmières sur leurs rôles respectifs et de développer leurs compétences décisionnelles pour le règlement des problèmes.

Les problèmes que pose la pénurie de personnel infirmier sont complexes et sont les mêmes un peu partout. Par conséquent, nous estimons que le gouvernement fédéral devrait être le fer de lance d'une stratégie nationale visant à revitaliser l'effectif infirmier. De plus, nous croyons que cette stratégie devrait prévoir un appui concret pour la formation des infirmières autorisées aux niveaux d'entrée et avancés ainsi que des stratégies novatrices pour retenir les infirmières dans la profession.

**M. Wayne Lucas, président, Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve:** Je voudrais d'abord mentionner que nous aborderons trois grands thèmes: la viabilité, les options de financement et la privatisation.

Nous nous opposons à un système de santé à deux vitesses, au ticket modérateur et à la privatisation. Nous n'avons pas les moyens de payer des soins de santé privés. Nous sommes contre le ticket modérateur et les cotisations à l'assurance-santé. Nous nous opposons à ce qu'on fasse des soins de santé un avantage imposable. Nous nous opposons au concept des comptes d'épargne-santé. Nous nous opposons à l'assurance-santé privée.

Nous croyons que la solution doit être typiquement canadienne. À notre avis, la privatisation est mauvaise pour les soins de santé. Nous avons mené de grandes campagnes contre la privatisation un peu partout au pays ces dernières années pour sensibiliser nos membres à cette question.

Nous croyons que les recommandations du comité doivent partir du principe que la santé est un droit fondamental et que, pour préserver la santé du public, il faut prendre activement des mesures pour promouvoir et protéger la santé et prévenir la maladie.

Nous reconnaissons que les soins de santé visent au bien public et qu'il ne faut pas laisser quelques-uns en profiter aux dépens de la majorité. Nous nous opposons énergiquement à toute commercialisation ou privatisation des soins de santé. Nous croyons que le gouvernement fédéral doit négocier l'exclusion générale des services de santé et de l'assurance-santé de tous les accords commerciaux.

The federal government must assume its responsibility with respect to health, particularly by restoring and increasing federal transfers to levels sufficient to secure the integrity and the enforcement of the Canada Health Act 1984.

The federal government must reaffirm the original version of a truly comprehensive public health care system for Canadians and provide a continuum of services.

We believe in the need to move away from a fee-for-service model and move towards community based multidisciplinary approach to the management organization and the delivery of services and care. We believe in a health care system that is accountable and works in democratic participation and governance at all levels. We recognize that health care workers are critical to the effective operation of health care system, and that decent wages, working conditions, and training opportunities are essential to high quality care and the retention of health care workers. Thank you very much.

**The Chairman:** I just have one question for each of you. Mr. Lucas, on page seven of your brief did you mean to infer that for the federal government to continue to transfer money without restriction or obligation on the part of the provinces would be a serious mistake.

**Mr. Lucas:** Yes.

**The Chairman:** So you and I come from the same camp that says that if the federal government gives money to the provinces, that money ought to be used for what it is given for. I will give you a classic example. In the agreement of September 2000, part of that federal provincial agreement included \$1 billion dollars for MRI machines and other similar equipment. The billion dollars was given, but there was no accounting system that allowed the federal government to know whether the money was actually spent on the equipment or not.

I have opposed block funding since 1977. I thought we should have stayed with the 50/50 formula.

**Mr. Lucas:** I am a strong federalist, and I believe that if the federal government is going to be involved in the social programs throughout the country, they have a responsibility to make sure that the provinces are towing the line. If not, I believe the full effect of the Canada health system should focus on them. What I mean by that is that the federal government then should have the ability to withdraw funding or hold back funding from provinces that go astray.

**The Chairman:** And if the federal government wants to encourage a particular area of development like MRI machines, then they ought to be guaranteed if they are going to put money into it that it gets spent.

**Mr. Lucas:** I think that there should be close consultation with the provinces as to what the needs are. Once you have made that decision, I think the provinces should follow suit with what the federal government has to say and what they are paying for.

Le gouvernement fédéral doit assumer ses responsabilités à l'égard de la santé, surtout en rétablissant ses paiements de transfert et en les portant à des niveaux suffisants pour assurer l'intégrité et l'application de la Loi canadienne sur la santé de 1984.

Le gouvernement fédéral doit réaffirmer la version originale d'un système de santé public qui fournit un éventail complet de services.

Nous croyons nécessaire de s'éloigner du modèle de l'utilisateur payeur et d'adopter un modèle multidisciplinaire et communautaire pour gérer, organiser et fournir les services et les soins. Nous croyons dans un système de santé qui a des comptes à rendre et qui est géré démocratiquement à tous les niveaux. Nous reconnaissons que les travailleurs de la santé jouent un rôle crucial dans le bon fonctionnement du système de santé et qu'il est essentiel de leur accorder des salaires décentes, de bonnes conditions de travail et des possibilités de formation pour dispenser des soins de haute qualité et conserver ce personnel. Merci beaucoup.

**Le président:** J'ai une question à poser à chacun d'entre vous. Monsieur Lucas, à la page 7 de votre mémoire, laissez-vous entendre que le gouvernement fédéral commettrait une grave erreur en continuant à transférer de l'argent sans imposer de restrictions ou d'obligations aux provinces?

**M. Lucas:** Oui.

**Le président:** Nous sommes donc d'accord, vous et moi, pour dire que si le gouvernement fédéral donne de l'argent aux provinces, cet argent devrait être utilisé aux fins auxquelles il est destiné. Je vais vous donner un exemple classique. L'accord fédéral-provincial de septembre 2000, comprenait un milliard de dollars pour des machines d'IRM et d'autre matériel du même genre. Cet argent a été donné, mais il n'y avait pas de système de reddition des comptes permettant au gouvernement fédéral de savoir s'il avait été vraiment dépensé pour acheter cet équipement ou non.

Je m'oppose au financement de base depuis 1977. Je crois que nous aurions dû conserver la formule 50-50.

**M. Lucas:** Je suis un fédéraliste convaincu et je crois que si le gouvernement fédéral veut intervenir dans les programmes sociaux dans tout le pays, il doit veiller à ce que les provinces respectent leurs engagements. Dans le cas contraire, il faudrait que les dispositions de la Loi canadienne sur la santé s'appliquent pleinement. Je veux dire par là que le gouvernement fédéral devrait pouvoir retirer son financement ou le suspendre si les provinces s'écartent du droit chemin.

**Le président:** Et si le gouvernement fédéral veut favoriser des progrès dans un domaine particulier, comme l'IRM, il faudrait qu'il soit certain que son argent sera bien dépensé à cette fin.

**M. Lucas:** Je crois qu'il faudrait consulter de près les provinces pour connaître leurs besoins. Une fois la décision prise, les provinces devraient dépenser l'argent là où le gouvernement fédéral leur demande de le faire.



**The Chairman:** Ms Smith, you referred to a report I have never heard of. As part of our report we are concerned about the work environment of nurses. You say there is a report called *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients, and the System*. Is that a book? Is it an article? Do you know what that is?

**Ms Smith:** It is a research study that was done by the authors that are listed. I am not sure of how available that report is, but we can look into finding it for you.

**The Chairman:** I will have our researchers look for the report. That issue troubles us. The statistic that we heard a while ago was that the occupation in Canada with the largest number of sick days due to stress is the nursing profession. Given the other stressful occupations that exist, particularly in heavy industry, it is an amazing comment. On the topic of primary care reform, you have said that getting a buy in from health professionals is going to be difficult and that buy in from the public, who will need to be more active participants in their health and health care, will also be difficult to obtain. Do you have any thoughts on how we can do that? We absolutely agree with you on the need and on the difficulty, but we are looking for some good advice on how to do it.

**Ms Smith:** It is a very complex issue. There have been some primary health care projects within our province. There was one funded on the Southern Shore of this province. It takes a long time.

**Mr. Chairman:** Where was it funded?

**Ms Smith:** In Ferryland, on the Southern Shore.

**The Chairman:** I was curious to know where it was because my relatives are from here and I know this province well.

**Ms Smith:** There is an actual report on that project that you can access.

**The Chairman:** Did it deal with the question of how to get public buy in?

**Ms Smith:** It is very difficult. It involves a total education of the public in terms of their responsibility for health. Until now, we have looked to the physician as the person who is going to make us better. We have to get people to realize that they have a responsibility. It is this education that has given people access to the professionals, such as nutritionists, physiotherapists and occupational therapists, who will help them make lifestyle changes. Support is what people really need.

**The Chairman:** Men are probably worse than women in this regard. I think that if you get sick then the doctor will fix it. It is like going to the garage when your car is broken.

**Ms Smith:** That is the attitude that many people have. The attitude that you can stay in the hospital until you are completely better has to change as well. We have to change our focus completely. The team approach of having all the health care professionals in a primary health care setting will enhance the educational opportunities for individuals, help them identify their risky health patterns and then give them the support they need to

**Le président:** Madame Smith, vous avez mentionné un rapport dont je n'ai jamais entendu parler. Nous nous intéressons, dans le cadre de nos travaux, au milieu de travail des infirmières. Vous dites qu'il y a un rapport intitulé *Commitment and Care: The Benefits of a Healthy Workplace for Nurses, their Patients, and the System*. Est-ce un livre? Est-ce un article? Savez-vous de quoi il s'agit?

**Mme Smith:** C'est une étude qui a été réalisée par les auteurs dont les noms sont cités. Je ne sais pas dans quelle mesure elle est disponible, mais nous pouvons essayer de l'obtenir pour vous.

**Le président:** Je vais demander à nos attachés de recherche de nous procurer cette étude. C'est une question qui nous préoccupe. Nous avons entendu dire qu'au Canada, c'était les infirmières qui prenaient le plus grand nombre de journées de congé de maladie dues au stress. Étant donné qu'il existe d'autres métiers stressants, surtout dans l'industrie lourde, c'est tout à fait étonnant. En ce qui concerne la réforme des soins primaires, vous avez dit qu'il serait difficile de la faire accepter par les professionnels de la santé de même que par la population qui devra s'intéresser plus activement à sa santé. Pourriez-vous nous dire comment il faudrait faire? Nous sommes absolument d'accord avec vous quant à la nécessité de cette réforme et aux difficultés qu'elle représente, mais nous sommes à la recherche de bonnes suggestions.

**Mme Smith:** C'est une question très complexe. Quelques programmes de soins primaires ont été entrepris dans notre province. L'un d'entre eux a été financé sur la côte Sud. Cela prend beaucoup de temps.

**Le président:** Où était-ce?

**Mme Smith:** À Ferryland, sur la côte Sud.

**Le président:** Cela m'intéresse, car ma famille vient d'ici et je connais bien la province.

**Mme Smith:** Ce programme a fait l'objet d'un rapport que vous pouvez obtenir.

**Le président:** Portait-il sur la façon de convaincre le public?

**Mme Smith:** C'est très difficile. Il faut entièrement éduquer le public quant à ses propres responsabilités à l'égard de la santé. Jusqu'à présent, nous considérons le médecin comme la personne qui allait améliorer notre santé. Les gens doivent se rendre compte qu'ils ont des responsabilités. Il faut leur donner accès à des professionnels de la santé tels que des diététiciens, des physiothérapeutes et des ergothérapeutes qui les aideront à changer leur mode de vie. En fait, les gens ont besoin d'être soutenus.

**Le président:** Les hommes sont sans doute pires que les femmes sur ce plan-là. Nous pensons que si nous tombons malades, le médecin va réparer ce qui ne marche pas, comme lorsqu'on va au garage faire réparer son automobile.

**Mme Smith:** C'est l'attitude de beaucoup de gens. Il faut aussi changer la mentalité des gens qui pensent qu'on peut rester à l'hôpital jusqu'à ce qu'on soit totalement guéri. Nous devons changer totalement notre façon de voir les choses. En regroupant tous les professionnels de la santé dans une structure de soins primaires, on permettra aux patients de mieux s'informer, on les aidera à prendre conscience de leurs habitudes de vie risquées et

change these patterns. If we do not give them the support, they will never change.

**The Chairman:** Did the Ferryland experiment work well?

**Ms Smith:** There were some changes made, but it takes time. It will not happen overnight.

**The Chairman:** That in a generation we changed our attitudes on drinking and driving is proof that change takes time.

**Ms Smith:** Yes.

**The Chairman:** It took a generation, but it certainly has changed. There is no question about that.

**Ms Smith:** That is correct.

**The Chairman:** Ms Pilgrim, I want to make sure that we are using the same language. An informal caregiver is someone who has no formal training and someone who is typically an older female, in their fifties, who is looking after an aged parent; is that correct? Have there been any studies done on the enormous level of stress placed on informal caregivers and the impact that being an informal caregiver has on income? In my parents' generation, when relatively few women were in the workforce, my father had my mother to look after him when he was sick because she was not working. Now, some people have to quit work in order to look after spouses or parents. There is not only the stress level, but also a huge economic impact. That is a significant element of the cost of home care, but I have not seen any data on it. Do you have any information on that?

**Ms Pilgrim:** I will defer to Ms Blake-Dibblee, who accompanied me here. There is a study in the province. I believe I saw a draft of it.

**Ms Bernice Blake-Dibblee, Executive Director, St. John's Branch, Victorian Order of Nurses:** I am a part of a steering a project called "Caregivers, Out of Isolation." It is a three-year project funded by the J. W. McConnell Family Foundation. A preliminary report has been created based on a survey done with informal caregivers across the province. The purpose of the project is to identify the needs of informal caregivers, connect them to information and resources, stimulate support through community volunteers, and support the caregiver's system.

**The Chairman:** Could we read that preliminary report, even if it is unofficial?

**Ms Blake-Dibblee:** I am not sure. I am not the owner of this report.

**The Chairman:** Can you find out? It would be a useful piece of information.

**Ms Blake-Dibblee:** I will. There is excellent information in this preliminary report.

**Senator Cook:** We are talking about community care. I heard the phrase from Dr. Abby Hoffman when she talked about the elderly and the frail elderly. There are two types of caregivers.

on apportera le soutien dont ils ont besoin pour changer ces habitudes. Sans soutien, ils ne changeront jamais.

**Le président:** L'expérience de Ferryland a-t-elle bien marché?

**Mme Smith:** Certains changements ont été apportés, mais cela prend du temps. Cela ne se fait pas du jour au lendemain.

**Le président:** Le fait qu'au cours d'une génération nous avons changé d'attitude au sujet de la conduite en état d'ébriété prouve que les changements prennent du temps.

**Mme Smith:** Oui.

**Le président:** Il a fallu une génération, mais les mentalités ont certainement changé. Cela ne fait aucun doute.

**Mme Smith:** C'est exact.

**Le président:** Madame Pilgrim, je veux être certain que nous employons la même terminologie. Un aidant naturel est une personne qui n'a pas de formation dans ce domaine et qui est généralement une femme dans la cinquantaine qui prend soin d'un parent âgé, n'est-ce pas? A-t-on fait des études sur l'énorme niveau de stress qui pèse sur les aidants naturels et les répercussions que cette responsabilité a sur le revenu des aidants naturels? Du temps de mes parents, ou relativement peu de femmes exerçaient un emploi, ma mère prenait soin de mon père lorsqu'il était malade parce qu'elle ne travaillait pas. Maintenant, certaines personnes doivent quitter leur emploi pour prendre soin de leur conjoint ou de leurs parents. Non seulement cela impose beaucoup de stress, mais également de grosses difficultés économiques. C'est là une dimension importante du coût des soins à domicile, mais je n'ai eu aucune donnée à ce sujet. Avez-vous des renseignements sur la question?

**Mme Pilgrim:** Je vais demander à Mme Blake-Dibblee, qui m'a accompagnée ici, de bien vouloir vous répondre. Une étude a été réalisée dans la province. Je crois en avoir vu une ébauche.

**Mme Bernice Blake-Dibblee, directrice exécutive, Section de St. John's, Infirmières de l'Ordre de Victoria:** Je fais partie du comité directeur d'un projet intitulé «Caregivers, Out of Isolation». Ce projet, d'une durée de trois ans, est financé par la J. W. McConnell Family Foundation. Nous avons préparé un rapport préliminaire à partir d'une enquête auprès d'aidants naturels de toute la province. Ce projet a pour but de mettre en lumière les besoins des aidants naturels, de relier ces personnes à des sources d'information et à d'autres ressources, de stimuler le soutien apporté par les bénévoles de la collectivité et de soutenir le réseau d'aidants naturels.

**Le président:** Pourrions-nous lire ce rapport préliminaire, même s'il n'est pas officiel?

**Mme Blake-Dibblee:** Je n'en suis pas certaine. Ce rapport ne m'appartient pas.

**Le président:** Pouvez-vous vous renseigner? Ces renseignements nous seraient utiles.

**Mme Blake-Dibblee:** Je vais le faire. Ce rapport préliminaire contient d'excellent renseignements.

**Le sénateur Cook:** Il est question des soins communautaires. J'ai entendu le Dr Abby Hoffman parler des aînés et des personnes âgées en perte d'autonomie. Il y a deux types d'aidants



One is the family caregiver, for example if my mom comes home with a broken hip, suddenly I am not the daughter any more. I have to give care to a person and I do not know how to do that. This is complicated by the fact that I am her daughter. Then the professional caregiver, who has limited training, comes in to take care of the person. If she is coming into an environment called the family unit, I think it is difficult.

What national standards and training are in place to take care of the two trigger points that I talked about?

**Ms Pilgrim:** Within the province, there are standards for training of home support workers. These do not necessarily apply, for example if I, as a family member in my small community, bring my elderly mother home, and decide that I am going to go to my friends in the community and ask them to help me and I will pay them.

**Senator Cook:** Would it help if that were attached to the trades college, or somewhere that you could go and get three or six months of training?

Those caregivers are paid a minimum amount of money and often have to find their own transportation back and forth. Have you looked at the possibility of it being curriculum based, if only for the informal caregiver or family member?

I attended the National Caregivers Association meetings in Ottawa last week and I heard not only some wonderful stories, but also horrendous stories about the impact on the other family members. People said: "Mom has to stay home to look after whoever. There is one salary coming in the house. It impacts on the young people there because the money is not available to give them things. They also have to turn down the TV because Granny is sleeping." The whole dynamics of the home changes when care is needed, and often the person giving the care needs some kind of respite care as well. Do we have anything for that issue?

**Ms Blake-Dibblee:** There are training programs in the province through colleges for personal care attendants, and there is a provincial committee looking at standardizing training for home support workers and for personal care attendants in nursing homes and hospitals. That work is in progress. The home support workers that agencies employ must be trained. The issue is with people who are being hired through self-managed care. Many times those people are not adequately trained; therefore, they are not providing the kind of care that the client should be receiving.

**Senator Cook:** It is a savings for the system when people who need this care remain in their own setting; is that correct?

**Ms Blake-Dibblee:** Definitely.

**Senator Cook:** My neighbour has been in and out of the Miller Centre for six or seven months, and she is now home. She said that she loves pea soup, so we made the big pot, we packaged it all up and my daughter went off to visit. My daughter said that our neighbour has her walker and she has her lifeline. She has all the things around her, but she is still alone. Someone goes in in

naturels. Le premier est un membre de la famille. Par exemple, si ma mère arrive à la maison avec une fracture de la hanche, je ne joue plus le rôle de sa fille. Je dois soigner une personne sans savoir comment faire. Cela se complique du fait que je suis sa fille. Il y a ensuite l'aide professionnelle qui possède une formation limitée et qui vient prendre soin d'elle. Si elle vient travailler dans l'environnement que l'on appelle la cellule familiale, je crois que ce n'est pas facile.

Quelles sont les normes nationales et la formation qui existent pour les deux catégories de soignants dont j'ai parlé?

**Mme Pilgrim:** Dans la province, nous avons des normes pour la formation des aides à domicile. Ces normes ne s'appliquent pas nécessairement, par exemple, si je ramène ma mère âgée à la maison et si je demande à des amis de m'aider à prendre soin d'elle contre rémunération.

**Le sénateur Cook:** Cela faciliterait-il les choses si ces personnes étaient rattachées à un collège d'enseignement professionnel ou à d'autres établissements qui leur donneraient trois ou six mois de formation?

Ces aidants sont mal rémunérés et doivent souvent trouver leurs propres moyens de transport. Avez-vous examiné la possibilité d'un programme de formation ne serait-ce que pour les aidants naturels ou les membres de la famille?

La semaine dernière, j'ai assisté, à Ottawa, aux réunions de la National Caregivers Association où j'ai entendu non seulement de très belles histoires, mais également des histoires horribles quant aux conséquences de ce genre de situation sur les autres membres de la famille. La mère devait rester à la maison s'occuper d'un parent. Il n'y avait qu'un salaire qui rentrait. Cela se répercutait sur les jeunes parce qu'il n'y avait pas d'argent pour eux et qu'ils devaient également baisser la télévision pour ne pas réveiller leur grand-mère. Toute la dynamique familiale change lorsqu'une personne a besoin de soins et souvent, la personne qui donne les soins a besoin également d'un peu de répit. Avons-nous quelque chose pour remédier à ce problème?

**Mme Blake-Dibblee:** Des collèges de la province ont des programmes de formation pour les aides soignantes et il y a un comité provincial qui se penche sur la normalisation de la formation pour les aides à domicile et les aides soignantes des foyers de soins et des hôpitaux. Le travail progresse. Il faut former les employés des agences d'aides à domicile. Le problème se pose surtout pour les personnes qui sont embauchées directement. Bien souvent, elles n'ont pas reçu une formation adéquate. Par conséquent, elles ne donnent pas les soins dont le client a besoin.

**Le sénateur Cook:** Lorsque les gens qui ont besoin de ces soins restent chez eux, cela représente une économie pour le système, n'est-ce pas?

**Mme Blake-Dibblee:** Absolument.

**Le sénateur Cook:** Ma voisine a fait un va-et-vient entre le Centre Miller et chez elle pendant six ou sept mois, mais elle est maintenant à la maison. Comme aime beaucoup la soupe aux pois, nous en avons préparé une grosse quantité que ma fille est allée lui porter. Ma fille m'a dit que notre voisine a une marchette et un téléphone. Elle a tout ce dont elle a besoin autour d'elle, mais elle

the morning, but she is still very self-sufficient. The program that you are offering is a laudable thing to have in place.

I am concerned about the salary scale of the caregivers, who are primarily women. Could you speak about that?

**Ms Blake-Dibblee:** The Department of Health recently developed a new standard for payment of home support workers, but it is a very low salary. The attrition rate for the recruitment and retention of these people is a major challenge for agencies across this province.

**Senator Cook:** If the same person were in a primary care situation, there would be help and support services. However, you are on your own in the home care setting. The work should be valued accordingly.

**Ms Pilgrim:** I think it really underscores the need for the research that we talked about. The document was an eye-opener to what informal caregivers go through, and the rifts in the family when you are isolated.

**Senator Cook:** Last night one of my friends came and said, "Put on the kettle." I said asked her what was wrong. She said, "I have got to go to mom's and dad's to sleep tonight, they are two elderly people in their 80s and they have tests done at two different hospitals." One has to go tomorrow morning, but she has to take both parents because she cannot leave one home alone.

The doorbell rang, and my other friend came for a cup of tea. She said, "Mom just called and said what are you doing Wednesday and Thursday because I have to go to the hospital both days for tests." We are into the frail elderly syndrome of society. While they could have their tea and have humour, the amount of money that the system is saving as a result of dedicated family members has to be documented or valued somewhere.

The first woman learned how to give insulin shots to her parents who are both diabetics. It is not without its humour. She would put her mother's clothes on the bed, and when she would turn around, her mother hung it up in the cupboard because she did not know where she was going.

There has to be a place for caregivers where someone says that you can go to a movie, or you can go to the mall. That is really lacking in the system. There is a potential for a myriad of delivery of services. What is your opinion about that? Is that a direction where we can go with options?

**Ms Smith:** I feel very strongly about nurse practitioner and advanced nursing practice roles. We have implemented them within the city of St. John's in some of the health care boards. We have implemented advanced practice roles that have improved the utilization of services. It is heart warming.

We have had buy in from physicians in relation to some of these positions, to the point that other services are looking at advanced practice roles. It works best when there is buy in from

se débrouille quand même seule. Quelqu'un va chez elle le matin, mais elle est quand même très autonome. Le programme que vous offrez est une excellente chose.

Je me soucie de l'échelle de rémunération des aides à domicile, qui sont surtout des femmes. Pourriez-vous nous en parler?

**Mme Blake-Dibblee:** Le ministère de la Santé a récemment établi une nouvelle norme pour la rémunération de ces employés, mais c'est un très bas salaire. Le taux d'attrition et de rétention de ces personnes représente un sérieux défi pour les agences de toute la province.

**Le sénateur Cook:** Si la même personne travaillait dans une infrastructure de soins primaires, elle aurait de l'aide et des services de soutien. Quand vous travaillez dans le secteur des soins à domicile, vous devez vous débrouiller seul. La rémunération devrait en tenir compte.

**Mme Pilgrim:** Cela souligne la nécessité de faire les études dont nous avons parlé. Ce document nous a ouvert les yeux sur les difficultés des aidants naturels et des problèmes que la famille éprouve lorsqu'elle n'a personne pour l'aider.

**Le sénateur Cook:** Hier soir, une de mes amies est venue me voir et m'a dit: «Fais chauffer la bouilloire». Je lui ai demandé ce qui n'allait pas. Elle m'a répondu: «Ce soir je dois aller dormir chez mes parents, deux octogénaires qui doivent subir des tests dans deux hôpitaux différents». Seulement un de ses parents devait aller à l'hôpital le lendemain matin, mais elle devait les emmener tous les deux parce qu'elle ne pouvait pas en laisser un seul à la maison.

On a sonné à la porte et une autre amie est venue prendre le thé. Elle m'a dit: «Ma mère vient d'appeler et m'a demandé ce que je faisais mercredi et jeudi parce qu'elle doit aller à l'hôpital ces deux jours-là pour subir des tests». Notre société est confrontée à la nécessité de prendre soin de ses aînés. Ces femmes ont pu boire leur thé en plaisantant, mais il faudrait prendre conscience ou tenir compte du montant d'argent que le système économise grâce au dévouement de membres de la famille.

La première femme a appris à faire des injections d'insuline à ses parents qui sont tous les deux diabétiques. Cela réserve des surprises. Par exemple, mon amie avait déposé les vêtements de sa mère sur le lit, le temps qu'elle se retourne et sa mère les avait replacés dans l'armoire parce qu'elle ne se souvenait plus qu'elle devait sortir.

Il faut mettre en place un système qui permettra aux aidants naturels d'aller au cinéma ou au centre commercial. C'est ce qui manque. Tout un éventail de services pourrait être mis en place. Qu'en pensez-vous? Est-ce une solution à envisager?

**Mme Smith:** J'accorde beaucoup d'importance au rôle de l'infirmière praticienne. Nous avons mis en place ce type d'infirmière dans certaines commissions de santé de St. John's. Cela a permis d'améliorer l'utilisation des services. C'est encourageant.

Les médecins ont eu une réaction favorable à tel point que d'autres services songent à en faire autant. Les résultats sont meilleurs lorsque le groupe avec lequel vous travaillez réagit de



the group you are working with so that you are not saying, "You have to take this person and you have to incorporate them in your practice."

Within the associations, we have worked hard to ensure that there are standards of education for nurse practitioners and that people are able to meet them. We have helped put positions in place in the northern part of Newfoundland where they work very well. In areas where there is isolation, and the nurse practitioner is the only provider of health services for that area. It works very well.

In other areas where the nurse practitioner is an add-on to the physician practice, there have been some challenges. Some of it is turf protection in relation to who does what work. Some of it is people who see this as an add-on service, and are going in to see the nurse practitioner and the physician. If we educate people properly, and they go through a program of a nurse practitioner role and are able to go in the community, it will work very well. It is not only nurse practitioners in the primary care setting, but also nurse practitioners in the specialty areas, such as the cardiac program.

**Senator Cook:** In a holistic sense, including psychological. Is that correct?

**Ms Smith:** Yes.

**Senator Cook:** Could you see the nurse practitioner being part of a cluster group with the VON and the caregiver to build support groups, particularly in rural areas?

**Ms Smith:** It would work very well with the primary health care model. All services would be put together in one organizational group and would help provide the care.

**Senator Cook:** I envision a cluster as including a sociologist, maybe a psychologist, and a physical therapist. There are a number of people geared toward the elderly and the frail elderly. These people have to come together into a cluster. I believe that we are operating in isolation.

**Ms Smith:** We are.

**Senator Cook:** There is a need to come together for utilization of services.

**Ms Smith:** Very much so.

**Senator Cook:** Mr. Lucas, you have indicated in your brief what will not work. I would like to have your eight recommendations that may work.

**Mr. Lucas:** The eight recommendations are listed at the end of my brief.

**Senator Cook:** You are a strong federalist. We know that money comes from the federal government and is administered by the province. Do you see provinces and the federal entity coming to a consensus, province by province? Would you agree to a national standard to deliver whatever was necessary?

façon positive. Ainsi, il n'est pas nécessaire de forcer les médecins à intégrer ce genre d'infirmières dans leurs services.

Nous avons travaillé fort, au sein des associations, pour qu'on établisse des normes de formation pour les infirmières praticiennes et pour que ces normes puissent être appliquées. Nous avons aidé à créer des postes dans le nord de Terre-Neuve où cela donne d'excellents résultats. Dans les régions isolées l'infirmière praticienne est le seul fournisseur de services de santé. Les résultats sont excellents.

Dans d'autres régions où l'infirmière praticienne complète simplement les services offerts par le médecin, il y a eu certains problèmes. Chacun cherche à défendre son territoire. Ou encore, il y a des patients qui voient là un service complémentaire et qui vont à la fois voir l'infirmière praticienne et le médecin. Si nous informons bien les gens et s'ils voient qu'ils peuvent rester chez eux grâce à l'infirmière praticienne, cela fonctionne très bien. Les infirmières praticiennes n'ont pas seulement un rôle à jouer dans l'infrastructure de soins primaires, mais également dans certains champs de spécialisation comme le programme cardiaque.

**Le sénateur Cook:** De façon générale, y compris pour les soins psychologiques, n'est-ce pas?

**Mme Smith:** Oui.

**Le sénateur Cook:** Pensez-vous que l'infirmière praticienne pourrait faire partie d'une grappe de services en même temps que les Infirmières de l'Ordre de Victoria et aides à domicile, pour constituer des groupes de soutien, surtout dans les régions rurales?

**Mme Smith:** Cela pourrait donner de très bons résultats au niveau des soins primaires. Tous ces services seraient regroupés pour offrir les soins.

**Le sénateur Cook:** J'envisage une grappe comprenant un sociologue, peut-être un psychologue et un physiothérapeute. Il y a un certain nombre de professionnels de la santé qui s'occupent des personnes âgées. Je crois qu'il faudrait les regrouper. J'ai l'impression que chacun travaille isolément.

**Mme Smith:** En effet.

**Le sénateur Cook:** Il faudrait regrouper l'utilisation des services.

**Mme Smith:** Absolument.

**Le sénateur Cook:** Monsieur Lucas, dans votre mémoire, vous avez indiqué ce qui ne marcherait pas. Je voudrais que vous nous fassiez part de vos huit recommandations pour que le système marche bien.

**M. Lucas:** Ces huit recommandations figurent à la fin de mon mémoire.

**Le sénateur Cook:** Vous êtes un fédéraliste convaincu. Nous savons que l'argent vient du gouvernement fédéral et qu'il est administré par la province. Pensez-vous que chaque province pourrait s'entendre avec le gouvernement fédéral? Seriez-vous d'accord sur une norme nationale pour la prestation des services jugés nécessaires?

You mentioned health promotion. I want to be well and I want some strategy in place to take care of that. I am back to the cluster idea. I would like you to comment on one of the negatives regarding the taxable benefit. Would you be able to support a threshold for a taxable benefit?

**Mr. Lucas:** The problem with any type of tax system right now is that we are creating another bureaucracy. In that type of bureaucracy, it would cost us more money in the long run for administration and other costs.

If there was a threshold based on a salary of \$25,000 a year, which is not a lot of money, then anybody with a salary over \$25,000 would then have this bureaucracy to deal with. They would go to the doctor, get a form filled out by some sort of auditor and then file it with their income tax forms at the end of the year. That would prolong an already cumbersome system. There would be extra costs added in.

The simplest and the fairest approach is that all Canadians should have access to ready health care. You go your physician, you get service the way you are right now and the bill goes to the federal government.

**Senator Cook:** Would it be workable if we have a threshold that could be administered in a simplistic form? I am trying to explore options and not get my feet stuck in concrete.

**Mr. Lucas:** No, I am not convinced that it would be workable. Would you like me to comment on the other two issues and the national standards?

**Senator Cook:** No, you are clear about the user fees.

This report is for discussion, something to get a response. There are no conclusions here. This is the interesting one for me. I view this as thinking outside the box. The purse comes from the federal government and is administered by the provincial government. Would you advocate the federal government having total responsibility for funding? How would the administration of the funding for the application work?

**Mr. Lucas:** Yes, I believe that the federal government should fund it as they have in the past through transfers and through the Canada Health Act. They should have a greater say. The problems of Newfoundland and Labrador may have a priority in health care, and they may stray from the Canada Health Act, whereas the problems of Alberta may have a different completely point of view. The funding comes from the federal government. Therefore, the federal government should be able to say, when any province strays away, to get in line to what the federal government has paid for, or we will withhold funding from the Canada Health Act.

**Senator Cook:** The taxable benefit will be difficult to administer. To put those strategies and protocols in place for a nation such as Canada would challenge the best brains that we could find.

**Mr. Lucas:** I am not arguing your point. We do live in the greatest and the most wonderful country. I have travelled extensively across the country, from Vancouver to St. John's, some 60 flights this year alone. People that I have talked to

Vous avez mentionné la promotion de la santé. Je veux être en bonne santé et je veux qu'on m'en donne les moyens. J'en reviens à l'idée de la grappe. J'aimerais que vous nous parliez de l'inconvénient de faire des soins des prestations imposables. Seriez-vous d'accord si un seuil était fixé?

**M. Lucas:** Le problème que pose actuellement tout régime fiscal est qu'il crée une bureaucratie supplémentaire. Cette bureaucratie nous coûterait plus cher, à long terme, en frais d'administration et autres coûts.

Si le seuil se basait sur un salaire de 25 000 \$ par an, ce qui n'est pas beaucoup, toute personne dont le salaire dépasse 25 000 \$ devra faire face à cette bureaucratie. Elle devra aller chez le médecin, faire remplir un formulaire par un vérificateur quelconque et le joindre ensuite à sa déclaration de revenu à la fin de l'année. Cela alourdira davantage un système déjà compliqué et imposera des frais supplémentaires.

Il est plus simple et plus équitable que tous les Canadiens aient accès aux soins de santé. Vous allez chez le médecin, vous obtenez un service de la même façon que maintenant et c'est le gouvernement fédéral qui reçoit la facture.

**Le sénateur Cook:** Est-ce que ce serait possible si le seuil pouvait être administré de façon très simple? J'essaie d'explorer des options au lieu de refuser obstinément de bouger.

**M. Lucas:** Non, je ne suis pas convaincu que ce serait possible. Voulez-vous que je réponde au sujet des deux autres questions et des normes nationales?

**Le sénateur Cook:** Non, vous avez été très clair en ce qui concerne le ticket modérateur.

Ce rapport vise à lancer la discussion et à obtenir des suggestions. Nous ne tirons aucune conclusion. C'est ce que je trouve intéressant. Cela permet d'élargir notre champ de réflexion. L'argent vient du gouvernement fédéral et il est administré par le gouvernement provincial. Croyez-vous que le gouvernement fédéral devrait assumer l'entière responsabilité du financement? Comment devrait se faire l'administration de ce financement?

**M. Lucas:** Oui, je crois que le gouvernement fédéral devrait financer la santé comme il l'a fait par le passé au moyen des paiements de transfert et par l'entremise de la Loi canadienne sur la santé. Les problèmes de Terre-Neuve et du Labrador pourraient inciter le gouvernement provincial à accorder la priorité à la santé ou à s'éloigner de la Loi canadienne sur la santé tandis qu'en Alberta, les choses seront vues sous un angle entièrement différent. L'argent provient du gouvernement fédéral. Par conséquent, ce dernier pourrait demander aux provinces qui s'écartent du droit chemin d'utiliser cet argent comme elles sont censées le faire, faute de quoi le financement sera suspendu.

**Le sénateur Cook:** L'avantage imposable sera difficile à administrer. Même les gens les plus intelligents que nous pourrions trouver auront de la difficulté à mettre en place ce genre de stratégies et de protocoles pour un pays comme le Canada.

**M. Lucas:** Je suis d'accord avec vous. Nous vivons dans le pays le plus grand et le plus merveilleux au monde. J'ai beaucoup voyagé de Vancouver à St. John's et j'ai pris l'avion une soixantaine de fois rien que cette année. Les gens à qui j'ai parlé



cherish the Medicare system, and they want improvements in the Medicare system. It is Medicare that makes Canada great. There is a challenge ahead of us, but I think that we can overcome that challenge.

**Senator Cook:** Maybe we can look at the taxable benefit, and see how convoluted that might be before we are finished. Medicare is what makes us uniquely Canadian, and we all cherish what we have. We all realize we are going to have to look at things differently. I believe that if we can keep our options open, and work together, we will come out okay.

It is not going to work unless we have an adequately trained group of people, whether it is the LPN, or the RN or the caregiver, paid for the value of the work that they are doing. I have excluded the primary care because I think we have focused a lot on that, but we have not moved on to community care or beyond to the wellness piece. I would like to hear what your opinions are on that.

**Mr. Lucas:** We mention in our brief that we need to train all of our health care professionals, including the person that works in the hospital who cleans the floors, our doctors and our administrations, because all of those people are professionals.

All of us need to constantly be evaluated and trained. The workers within the health care profession also need to be adequately paid. Most health care professionals are underpaid, no matter what walk of life you look at. I advocated last week at a Senate committee hearing that we need more in federal transfer payments, and the reason is in Newfoundland and Labrador many people left this beautiful province to find work elsewhere. Transfer payments provide for health care, education and other social services.

Newfoundland and Labrador spend a tremendous amount of money on educating our youth, only to find out when these youth are 20 or 21 years old, most parents are encouraging their children to move to the mainland where they can find a decent job paying decent wages and benefits, where they can pay taxes.

That tax base then goes to Ontario, British Columbia or Alberta. Therefore, we do not benefit from that. Like all other Canadians, everybody wants to come home to roost. Everybody wants to come back to Newfoundland and Labrador to live out their retirement. We are then hit with a double whammy. We are hit with the extra cost of health care.

Therefore, my argument is that equalization is another one of those great measures that binds us as a country. Not only do we want equalization to be at the standard it once was, but also, now that we have a 10 billion dollar surplus prior to September 11, we want equalization payments to be greater because Newfoundland contributes, and the other poorer provinces contribute, greatly to the well-being of the whole of the country.

tiennent énormément à notre système d'assurance-santé et veulent qu'on l'améliore. C'est l'assurance-santé qui fait du Canada un grand pays. Nous avons un défi à relever, mais je crois que nous pouvons le surmonter.

**Le sénateur Cook:** Nous pourrions peut-être examiner le concept des prestations imposables pour voir à quel point ce serait compliqué. L'assurance-santé est ce qui fait de nous un pays bien particulier et nous y sommes tous très attachés. Nous nous rendons compte que nous allons devoir envisager les choses différemment. Si nous restons prêts à envisager toutes les options et à travailler ensemble, je crois que nous trouverons une solution.

Cela ne marchera pas à moins que nous ayons du personnel bien formé, que ce soit les infirmières auxiliaires autorisées, les infirmières autorisées ou les aides à domicile, et rémunéré en fonction de la valeur de son travail. J'ai exclu les soins primaires, car je crois que nous avons beaucoup centré notre attention sur cet élément, mais que nous n'avons pas vraiment abordé les soins communautaires, au-delà de la question du mieux-être. J'aimerais entendre vos opinions à ce sujet.

**M. Lucas:** Nous mentionnons dans notre mémoire que nous devons former tous nos professionnels de la santé, aussi bien la personne qui nettoie les planchers de l'hôpital, que nos médecins et nos administrateurs, car tous ces gens sont des professionnels de la santé.

Nous devons tous être constamment évalués et formés. Il faut également que les professionnels de la santé soient rémunérés adéquatement. La plupart d'entre eux sont sous-payés, quel que soit leur niveau. J'ai fait valoir, la semaine dernière, lors d'une audience d'un comité sénatorial, que nous avons besoin de paiements de transfert plus importants parce que beaucoup de gens quittent la belle province de Terre-Neuve et du Labrador pour aller trouver du travail ailleurs. Les paiements de transfert financent la santé, l'éducation et les autres services sociaux.

La province de Terre-Neuve et du Labrador consacre énormément d'argent à l'éducation de sa jeunesse, mais lorsque les jeunes atteignent l'âge de 20 ou 21 ans, la plupart des parents les encouragent à aller sur le continent où ils peuvent trouver un emploi décent qui leur rapportera un bon salaire et de bons avantages sociaux et où ils pourront payer des impôts.

C'est l'Ontario, la Colombie-Britannique ou l'Alberta qui profite de ces impôts. Nous n'en tirons donc aucun avantage. Comme tous les autres Canadiens, nous voulons rentrer chez nous pour finir nos jours. Tout le monde veut revenir finir ses jours à Terre-Neuve et au Labrador. Nous sommes alors doublement pénalisés. Nous devons faire face à des coûts supplémentaires sur le plan de la santé.

Par conséquent, j'estime que la péréquation est une autre des grandes mesures qui unissent notre pays. Non seulement nous voulons que la péréquation soit rétablie à son niveau d'autrefois, mais vu que nous avons un excédent budgétaire de 10 milliards de dollars avant le 11 septembre, nous voudrions que les paiements de péréquation augmentent étant donné que Terre-Neuve contribue grandement, comme les autres provinces pauvres, au bien-être de l'ensemble du pays.

**Senator Cook:** The problem with the equalization formula is that it is population based. Once you move to bring a province such as Newfoundland up, Quebec scores up 60 odd per cent because of the current formula.

**Mr. Lucas:** More obstacles we have to come over.

**Senator Cook:** There have to be other options and other programs. We have a responsibility to determine what they should be with the best practice and evidence based information. Only saying this is not going to work. Equalization is not the answer. There has to be something more.

**The Chairman:** It is true that the population of Newfoundland has a disproportionate percentage of people under 18 or over 65, relative to other provinces. Therefore, the equalization formula ought to reflect the number of people who are most likely to be receiving the three social services you talked about, which are in the age groups under 18 and over 65.

If it were only done on the basis of population, then a province like Alberta, where the economy is going crazy, would have a much smaller percentage in those two groups because it has a large percent of the population on the working age group. We should rethink the formula on the basis of the number of dependents on social services. I have never heard that idea before, but it is interesting.

**Senator Cochrane:** Mr. Lucas, were you part of this health forum that has been travelling across the province? The government has just finished this forum now.

**Ms Lucas:** No, I was not. By trade, I am a carpenter and I work for a school board in St. John's. I am the President of CUPE, Newfoundland and Labrador. I have been kept informed by our Vice President of CUPE, Newfoundland and Labrador.

**Senator Cochrane:** Has he been travelling with the forum? Has there been representation from your union on this forum?

**Mr. Lucas:** The forum travelled throughout the province. In different areas of the province, we have CUPE representatives. Our CUPE people went in and made submissions.

**Senator Cochrane:** Have you received feedback?

**Mr. Lucas:** Yes.

**Senator Cook:** Has there been one common theme, or a few particular suggestions that they have offered that would sustain our health care?

**Mr. Lucas:** First of all, you have to realize the history behind Newfoundland and Labrador. We just had a major strike in the province where we just received a 15 per cent increase in wages. When the Premier called CUPE to the table, we said to the Premier that we would cooperate in whatever way possible, but there are two criteria. First, we will not agree to any layoffs of individuals, and second, we will not go into the collective agreements.

We have been telling the committee that on a day-to-day basis in every community, there are certain things that the St. Pat's home here in St. John's may be able to do. For example, one of

**Le sénateur Cook:** Le problème que pose la formule de péréquation est qu'elle se fonde sur le nombre d'habitants. Si vous relevez les chiffres pour une province comme Terre-Neuve, Québec se retrouvera à 60 p. 100 à cause de la formule actuelle.

**M. Lucas:** Ce sont des obstacles de plus à surmonter.

**Le sénateur Cook:** Il doit y avoir d'autres solutions. Nous devons déterminer quelles sont les options à retenir en fonction des meilleures pratiques et des meilleurs renseignements disponibles. Il ne suffit pas d'en parler. La péréquation n'est pas la solution. Il faut quelque chose de plus.

**Le président:** Il est vrai que la proportion de personnes âgées de moins de 18 ans ou de plus de 65 ans est plus élevée à Terre-Neuve que dans les autres provinces. Par conséquent, la formule de péréquation devrait tenir compte du nombre de gens qui sont les plus susceptibles de recevoir les trois services sociaux dont vous avez parlé et qui sont les moins de 18 ans et les plus de 65 ans.

Si l'on tient compte uniquement du nombre d'habitants, une province comme l'Alberta dont l'économie est en plein essor a beaucoup moins d'habitants qui entrent dans cette catégorie étant donné qu'un grand pourcentage de la population est en âge de travailler. Il faudrait réviser la formule en fonction du nombre de personnes qui dépendent des services sociaux. Je n'ai jamais entendu cette idée avant, mais elle est intéressante.

**Le sénateur Cochrane:** Monsieur Lucas, avez-vous participé à la tribune sur la santé qui a sillonné la province? Elle vient de se terminer.

**M. Lucas:** Non. Je suis charpentier et je travaille pour une commission scolaire de St. John's. Je suis président du SCFP de Terre-Neuve et du Labrador. Notre vice-président m'a tenu au courant de ce qui se passait dans cette tribune.

**Le sénateur Cochrane:** A-t-il voyagé avec la tribune? Votre syndicat y était-il représenté?

**M. Lucas:** La tribune s'est rendue dans toute la province. Nous avons des représentants dans les différentes régions. Des gens de notre syndicat sont allés présenter leurs points de vue.

**Le sénateur Cochrane:** Avez-vous obtenu une rétroaction?

**M. Lucas:** Oui.

**Le sénateur Cook:** Y a-t-il un thème commun qui s'en est dégagé ou certaines suggestions qui contribueraient à soutenir notre système de santé?

**M. Lucas:** Tout d'abord, il faut se rendre compte de la situation à Terre-Neuve et au Labrador. Nous venons d'avoir une grève importante à l'issue de laquelle nous venons d'obtenir une hausse de salaire de 15 p. 100. Quand le premier ministre a voulu négocier avec nous, nous lui avons dit que nous étions prêts à coopérer au maximum, mais à deux conditions. Premièrement, nous n'étions prêts à accepter aucune mise à pied et deuxièmement, nous ne voulions pas rouvrir les conventions collectives.

Nous avons dit au comité qu'il était sans doute possible de faire certaines choses au foyer St. Pat, de St. John's. Par exemple, l'une des recommandations du foyer St. Pat était qu'il était possible



the recommendations of St. Pat's home is that you can save money, rather than doing outsourcing, by contracting work in. We believe there are considerable savings in that area.

In Western Memorial, for example, the use of overtime should be curtailed. Where it is possible, individuals can work and rather than use overtime hours, schedule people where they use straight time hours. In every community, we have said that we believe we should use the position we have in our collective bargaining of LPNs. We have licensed practical nurses, and where that is possible, we have asked government to implement that program. I believe, to a certain extent, they have already done that.

**Senator Cochrane:** Tell me about the licensed practical nurses.

**Mr. Lucas:** Licensed practical nurses have been trained to do a specific job. I do not want to go into the details of that because I may slip up in one of those areas.

**Senator Cochrane:** We have qualified people right here.

**Mr. Lucas:** Donna Ryan may be able to help with that one. LPNs have been trained to do certain jobs. In the past the government has not availed of those individuals. Last year in the House of Assembly, we had an all-members debate where they unanimously supported using LPNs in the health care system.

**Senator Cochrane:** Would the other members of the panel also like to respond?

**Ms Smith:** Do you mean in relation to the health care forums?

**Senator Cochrane:** Yes, that is correct.

**Ms Smith:** Our association has had representation at nearly every regional forum, and we have also been invited to participate in the provincial forum. Each of the forums is coming back with the same messages, because they have been asked to look at specific questions related to the service delivery within the province. They have been asked to look at whether the people participating in the forum believe, for example, that there are enough health care boards within our province.

The message has been to evaluate the changes that have been made before we look further to make other changes, and use evidence as a basis for decisions. Many of us within the province do not have the information systems we need to support the evidence-based decision making processes that everyone would like us to be using. We are stuck.

We need to define insurable services. We have to look at specifically what are we insuring and that we agree what is covered by the Canada Health Act. Those are some of the messages coming from the forums. They have been consistent across the province.

**Ms Blake-Dibblee:** We also had the opportunity to participate. There are about 12 questions that they are asking. They are very thought provoking questions that focus on the primary health care model, health promotion and wellness. There is a lot of thinking

d'économiser au lieu de recourir à la sous-traitance. Nous croyons qu'il y a énormément d'économies à faire.

À Western Memorial, par exemple, il faudrait réduire les heures supplémentaires. Lorsque c'est possible, il faudrait prévoir les horaires de travail de façon à ce que les gens fassent des horaires réguliers plutôt que des heures supplémentaires. Nous avons dit qu'il faudrait, dans chaque ville, recourir aux infirmières auxiliaires autorisées qui font partie de notre unité de négociation. Nous avons des infirmières auxiliaires autorisées et nous avons demandé au gouvernement de mettre ce programme en oeuvre là où c'est possible. Je crois que cela a déjà été fait dans une certaine mesure.

**Le sénateur Cochrane:** Parlez-moi des infirmières auxiliaires autorisées.

**M. Lucas:** Les infirmières auxiliaires autorisées ont été formées pour faire un travail précis. Je n'entrerai pas dans les détails, car ce n'est pas vraiment mon domaine.

**Le sénateur Cochrane:** Nous avons des gens qualifiés pour répondre à cette question.

**M. Lucas:** Donna Ryan pourra peut-être m'aider à répondre à cette question. Les infirmières auxiliaires autorisées ont été formées pour accomplir certaines tâches. Par le passé, le gouvernement n'a pas eu recours à cette catégorie de personnel. Il y a eu un débat sur la question à l'Assemblée législative, l'année dernière et les parlementaires se sont prononcés à l'unanimité pour l'utilisation des infirmières auxiliaires autorisées.

**Le sénateur Cochrane:** Les autres témoins voudraient-ils également répondre à cela?

**Mme Smith:** En ce qui concerne les tribunes sur la santé?

**Le sénateur Cochrane:** Oui.

**Mme Smith:** Notre association a été représentée à pratiquement toutes les tribunes régionales et nous avons également été invités à participer à la tribune provinciale. Les mêmes messages sont ressortis de chacune de ces tribunes, car on leur a demandé de se pencher sur certaines questions concernant la prestation des services dans la province. Il s'agissait de voir si les participants croyaient, par exemple, qu'il y avait suffisamment de commissions de santé dans la province.

On nous a demandé d'évaluer les changements qui ont été apportés avant de songer à procéder à d'autres réformes et de prendre les décisions à partir des résultats. Nous sommes nombreux à ne pas disposer des systèmes d'information nécessaires pour prendre des décisions basées sur les résultats comme tout le monde voudrait que nous le fassions. Nous sommes coincés.

Nous devons définir les services assurables. Il faut voir plus précisément ce que nous assurons et ce qui est couvert par la Loi canadienne sur la santé. Voilà les messages qui émanent de ces tribunes. C'était le même son de cloche d'un bout à l'autre de la province.

**Mme Blake-Dibblee:** Nous avons eu également la possibilité de participer aux tribunes. Une douzaine de questions ont été posées. C'était des questions propres à susciter la réflexion qui était surtout centrée sur le modèle de soins primaires, la promotion

and dialogue going on within the province as a result of the forum.

**Senator Cochrane:** That is interesting. It is probably a good time for us to be here. Ms Smith, would you address the statement that you made that inefficiency must be addressed? Did you make that statement?

**Ms Smith:** I did. We believe that there are inefficiencies within our system. From a nursing perspective, we have become inefficient because we have not been able to fill nursing positions. You cannot run the service as you would like to because you do not have the staff positions filled. You have to use overtime costs to support basic service.

There are many inefficiencies, for example, lengths of stay, that we recognize and that many of the health boards are trying to address. We need to look at what community supports need to be in place, for example, to enable people to go home earlier. There are ways to do things better, and if we are able to find those ways, we would certainly have more funds to use in other areas.

**Senator Cochrane:** Do you think that will solve our problem?

**Ms Smith:** It may not solve it completely, but it will give us resources. We will know that we are running things as efficiently as we can. Within the province, we have been told that we are over 20 per cent inefficient within the management of our acute care beds. I do not think we are that bad. I am not convinced that we are comparing apples to apples when we compare our CIHI data within the province of Newfoundland to the province of Ontario. There are many complex issues that we are all addressing in terms of inefficiencies and ineffectiveness within the system. It is a challenge because sometimes it cost more initially to put the supports in place to become more efficient. Where do you start?

**Senator Cochrane:** Would the other panel members like to address that?

**Ms Blake-Dibblee:** In the community care sector, we see inefficiencies, for example, with delays in getting patients out of acute care institutions, because a huge gap exists in the community, and we do not have the home support services to support that. The inefficiencies are glaring in that regard.

**Mr. Lucas:** I have been involved with CUPE, health care and the school board for 24 years. I have been to numerous rounds of bargaining and debates about efficiencies in the system. I have heard health care professionals and health care administrators, when talking about efficiencies, say that if you are talking about the administration down then let us look at better ways to do things.

I want to caution people that when we talk about inefficiencies, we are not talking about more layoffs, or that we have got people who are not doing their jobs. We all know that health care is, as I

de la santé et le mieux-être. Ces tribunes ont grandement contribué à susciter la réflexion et le dialogue dans la province.

**Le sénateur Cochrane:** C'est intéressant. Nous avons sans doute choisi le bon moment pour venir ici. Madame Smith, pourriez-vous nous expliquer ce que vous avez dit quant au fait qu'il faut remédier à l'inefficacité? Est-ce bien ce que vous avez dit?

**Mme Smith:** Oui. Je crois qu'il y a des pratiques non efficaces dans notre système. Du point de vue des soins infirmiers, nous sommes devenus inefficaces parce que nous n'avons pas pu combler certains postes d'infirmières. Vous ne pouvez pas faire fonctionner un service aussi bien quand il manque du personnel. Nous devons recourir aux heures supplémentaires pour assurer les services de base.

Il y a de nombreux facteurs d'inefficacité, par exemple, la durée de l'hospitalisation, un problème qu'un grand nombre de commissions de santé cherchent à résoudre. Nous devons voir quels sont les soutiens à mettre en place au niveau communautaire, par exemple pour permettre aux gens de rentrer plus tôt chez eux. Il existe des moyens d'améliorer les choses et si nous pouvons les trouver, nous disposerons certainement de plus d'argent que nous pourrions utiliser ailleurs.

**Le sénateur Cochrane:** Pensez-vous que cela réglera notre problème?

**Mme Smith:** Peut-être pas complètement, mais cela nous fournira des ressources supplémentaires. Nous saurons que nous faisons fonctionner le système le plus efficacement possible. On nous a dit qu'il y a plus de 20 p. 100 d'inefficience dans la gestion de nos lits pour soins actifs, dans la province. Je ne pense pas que les choses aillent si mal. Je ne suis pas convaincue que les données de l'Institut canadien d'information sur la santé fassent une comparaison équitable de la situation à Terre-Neuve et en Ontario. Il y a de nombreuses questions complexes que nous cherchons tous à résoudre en ce qui concerne l'inefficience du système. C'est un sérieux défi, parce qu'il faut parfois déboursier plus d'argent au départ pour mettre en place les moyens d'augmenter l'efficacité. Où faut-il commencer?

**Le sénateur Cochrane:** Les autres témoins désirent-ils ajouter quelque chose?

**Mme Blake-Dibblee:** Dans le secteur des soins communautaires, nous constatons également des pratiques inefficaces, par exemple lorsqu'on prolonge l'hospitalisation des patients parce qu'il y a de sérieuses lacunes dans les soins communautaires et parce qu'il n'y a pas les services de soutien à domicile voulus. Le manque d'efficacité à cet égard est flagrant.

**M. Lucas:** Cela fait 24 ans que je suis au syndicat et que je m'intéresse à la santé et à la commission scolaire. J'ai participé à un grand nombre de négociations et de débats sur l'efficacité du système. J'ai entendu des professionnels et des administrateurs de la santé parler d'efficacité en disant que si l'on critiquait l'administration, il fallait au moins lui permettre de trouver de meilleures solutions.

Je tiens à préciser que lorsque nous parlons d'inefficacité, il ne s'agit pas de licencier du personnel ou cela ne veut pas dire que certaines personnes ne font pas bien leur travail. Nous savons tous



heard it paraphrased one time, "beyond the bone right now; we are into the marrow." What we need is a new infusion of money, a new infusion of trained people, and a new pride within the health care system, because everybody takes pride in ownership, and then we go forward from that point.

**Senator Cochrane:** I would like to know about the comparative pay that home support workers are getting. We are looking at Atlantic Canada. If you were a home support worker, you would be hired by an agency; is that correct?

**Ms Blake-Dibblee:** That is correct.

**Senator Cochrane:** How much are the agencies paid to hire a support worker, and how much is the support worker being paid? How is that comparable in Prince Edward Island, Nova Scotia and New Brunswick?

**Ms Blake-Dibblee:** In Newfoundland, the home support workers agencies are paid at a rate of \$9.93 to hire a home support worker. That would include the cost that they have to bear for administration, workmen's compensation benefits and other costs. The home support worker gets paid \$6.66. That will increase to \$7.01 on December 1.

**Senator Cochrane:** Is that comparable to the other provinces in Atlantic Canada?

**Ms Blake-Dibblee:** In Nova Scotia, the pay is quite a bit higher, but I cannot tell you exactly what that is. In Atlantic Canada, I believe that Newfoundland has the lowest pay rate for home support workers.

**Senator Cochrane:** Do you have a problem recruiting home support workers?

**Ms Dibblee:** It is a major challenge to recruit them and to keep them. Oftentimes, these home support workers have to find their own transportation to get to homes. We cannot service the rural communities surrounding St. John's because of the transportation system, and the inability of home support workers to get from one place to another.

**Senator Cochrane:** Did you say that the rate of pay is \$6 an hour?

**Ms Dibblee:** That is right.

**Senator Cochrane:** Who can work for that?

**Ms Smith:** you have said that the public needs to become more involved. Can you elaborate on that?

**Ms Smith:** We can probably spend the whole day talking about primary health care. Making changes in people's health and practices within their lives takes time. We have been of the mentality that if we are ill, we go to a doctor and get a pill.

It is sometimes difficult to get people to understand that their dietary habits need to be changed and that they need to become more physically active. The primary health care projects have been done within the province, specifically at the Southern Shore. It is not enough for a physician to tell an individual that their blood pressure is up and they can no longer have salt meat and

qu'en ce qui concerne le budget de la santé, on a coupé comme quelqu'un l'a dit: «Jusqu'à l'os et même jusqu'à la moelle». Nous avons besoin d'une nouvelle injection d'argent et de personnel bien formé et il faudrait également que nous redevenions fiers de notre système de santé pour que nous puissions repartir du bon pied.

**Le sénateur Cochrane:** Je voudrais savoir où se situe le salaire des aides soignantes par rapport aux autres provinces de l'Atlantique. Si vous étiez une aide à domicile, vous seriez embauchée par une agence, n'est-ce pas?

**Mme Blake-Dibblee:** C'est exact.

**Le sénateur Cochrane:** Combien les agences sont-elles payées pour les services d'une aide à domicile et combien la personne qui exerce cet emploi reçoit-elle? Quelle est la situation dans la province par rapport à l'Île-du-Prince-Édouard, à la Nouvelle-Écosse et au Nouveau-Brunswick?

**Mme Blake-Dibblee:** À Terre-Neuve, les agences reçoivent 9.93 \$ de l'heure pour les services d'une aide à domicile. Cela comprend leurs frais d'administration, l'indemnisation des accidents du travail et autres frais. L'employée touche 6,66 \$. Ce salaire sera porté à 7.01 \$ le 1<sup>er</sup> décembre.

**Le sénateur Cochrane:** Ce salaire est-il le même que dans les autres provinces de l'Atlantique?

**Mme Blake-Dibblee:** En Nouvelle-Écosse, le salaire est un peu plus élevé, mais je ne peux pas vous dire à combien il se chiffre exactement. Je crois que Terre-Neuve est la province de l'Atlantique où ce personnel est le plus mal rémunéré.

**Le sénateur Cochrane:** Avez-vous du mal à recruter?

**Mme Blake-Dibblee:** Il est très difficile de recruter et de garder ces employés. Les aides à domicile doivent souvent fournir leur propre moyen de transport pour aller chez les gens. Nous ne pouvons pas desservir les localités rurales autour de St. John's parce qu'en raison de l'absence de transports en commun, les aides à domicile ne peuvent pas se rendre d'un endroit à un autre.

**Le sénateur Cochrane:** Vous avez dit que le salaire était de 6 \$ de l'heure?

**Mme Blake-Dibblee:** C'est exact.

**Le sénateur Cochrane:** Qui peut travailler pour ce salaire?

**Madame Smith:** vous avez dit que la population devait participer davantage. Pourriez-vous nous en dire plus?

**Mme Smith:** Nous pourrions sans doute passer la journée à parler des soins primaires. Il faut du temps pour amener les gens à modifier leurs habitudes de vie. Nous nous disons que si nous tombons malades, il suffit d'aller chez le médecin se faire prescrire une pilule.

Il est parfois difficile de faire comprendre aux gens qu'ils doivent modifier leurs habitudes alimentaires et qu'ils doivent faire plus d'activités physiques. Les programmes expérimentaux de soins primaires ont été surtout réalisés sur la côte Sud. Il ne suffit pas que le médecin dise au patient qu'il souffre d'hypertension et qu'il ne peut plus manger de viande salée et de choux. Il

cabbage, someone has to tell them what else they can have to eat. Otherwise, they are going to go home and still have the salt meat and cabbage.

In order to effect change, we have to put the people in place, for example, in the cluster that you spoke about. If I am overweight and my blood pressure is high, and I have now become diabetic because of my poor health habits, I need the resources to help me become healthy. Resources are also needed in the community so that people can prevent children from becoming ill.

That is not going to happen overnight. We have to be patient. We have to put things in place so that the right people are there to give the right information and the right support. There are places that are doing it in Newfoundland to support dietary changes.

**Senator Cochrane:** It is hard to set-up this cluster of professionals in smaller communities.

**Ms Smith:** It is hard to get them to work together in large communities. There are many challenges, but we have to be courageous and patient to effect change. This is what will work.

**Senator Cochrane:** In 1986, I was on the Labrador coast and the nurses there were fantastic. Some of the nurses who had come over from England were still there. The nurses were doing the gamut of everything. They were wonderful, and they provided a great service.

Is this what you were talking about when you suggested that nurses could play a higher role and that they need to work to their full potential? Are you talking about nurses being able to prescribe drugs and services similar to that? If that is the case, we have to change the whole standards of nursing; is that correct?

**Ms Smith:** No, not necessarily.

**Senator Cochrane:** Maybe standard is the wrong word.

**Ms Smith:** The scope of practice is what you are referring to.

**Senator Cochrane:** Probably.

**Ms Smith:** We have certain people who provide care within our system. We have licensed practical nurses, we have registered nurses, we have some nurses in advanced practice roles, such as the first assist in the operating room, and we have nurse practitioners. We also have primary care nurse practitioners and specialists in some programs. Each of these professions has a defined scope of practice.

With the nurses, we have done this learning circles project and we have helped them understand the role of the licensed practical nurse, so it is not as threatening. They understand that if they work in conjunction and collaboration with the licensed practical nurse, they are able to provide the services that they are better educated to do, for example, conduct in-depth assessments.

faut que quelqu'un lui dise quels autres aliments il peut manger. Autrement, il va rentrer chez lui et continuer à manger de la viande salée et du chou.

Pour qu'il y ait des changements, il faut mettre des professionnels de la santé en place, par exemple dans la grappe dont vous avez parlé. Si je suis obèse et que je souffre d'hypertension et si mes mauvaises habitudes de vie m'ont rendue diabétique, j'ai besoin de ressources pour retrouver la santé. Il faut également des ressources au sein de la collectivité pour prévenir la maladie chez les enfants.

Cela ne se fera pas du jour au lendemain. Nous devons être patients. Nous devons mettre des services en place afin qu'il y ait des gens pour informer le public et lui apporter un soutien. On a pris des initiatives pour aider les gens à changer leurs habitudes alimentaires dans certaines régions de la province.

**Le sénateur Cochrane:** Il est difficile de mettre en place cette grappe de professionnels de la santé dans les petites localités.

**Mme Smith:** Il est difficile de les amener à travailler ensemble dans les grandes villes. Cela représente de nombreux défis, mais nous devons être courageux et patients si nous voulons apporter des changements. C'est cela qui donnera des résultats.

**Le sénateur Cochrane:** En 1986, j'étais sur la côte du Labrador et les infirmières de la région étaient formidables. Certaines des infirmières qui étaient venues d'Angleterre étaient toujours là. Elles faisaient à peu près tout. Elles étaient merveilleuses et assuraient un excellent service.

Est-ce de cela dont vous parlez quand vous dites que les infirmières pourraient jouer un rôle plus important et qu'il faudrait exploiter tout leur potentiel? Voulez-vous dire qu'elles devraient pouvoir prescrire des médicaments et assurer ce genre de service? Si c'est le cas, nous devons changer les normes des soins infirmiers, n'est-ce pas?

**Mme Smith:** Non, pas nécessairement.

**Le sénateur Cochrane:** Je ne devrais peut-être pas parler de normes.

**Mme Smith:** Vous voulez parler du champ des fonctions de l'infirmière.

**Le sénateur Cochrane:** Probablement.

**Mme Smith:** Nous avons différentes catégories de personnel soignant. Nous avons des infirmières auxiliaires autorisées, des infirmières autorisées, quelques infirmières exerçant un niveau avancé tel que la première assistante de salle d'opération et des infirmières praticiennes. Nous avons également des infirmières praticiennes et spécialistes des soins primaires dans certains programmes. Chacune de ces catégories professionnelles a un champ de fonctions bien délimité.

Dans le cadre des cercles d'apprentissage nous avons aidé les infirmières à comprendre le rôle de l'infirmière auxiliaire autorisée afin qu'elles n'y voient plus une menace. Elles comprennent que si elles travaillent en collaboration avec les infirmières auxiliaires, elles pourront fournir les services pour lesquels elles sont mieux préparées, par exemple, effectuer une évaluation approfondie.



The nursing role needs to be examined to ensure that they are spending time doing the things that will effect the most change. If I have a person in the hospital, for example, or if I am in the community care for someone who has got heart disease, I am able to focus on what they need to change in terms of their health patterns to become healthier. If my scope expands, then the scope expands for the LPNs, the nurse practitioners and physicians. Everyone would be happier. It would be more fulfilling.

**Senator Cochrane:** That is not happening now; is that correct?

**Ms Smith:** No, it is not.

**Senator Cochrane:** How do we change it so it works?

**Ms Smith:** We have had reports that it is working well in some areas. Your example illustrates that it works well on the coast of Labrador.

People are use to the licensed practical nurses' role, the nurses' role, the advanced practice nurses' role, and the physicians' role, and they work well as a team. Getting the allied health groups in some of those areas is a real challenge. With physiotherapy, occupational therapy and clinical nutrition, it is a recruitment issue. If we can make it work in some specialized areas, we can look to use that as a model and expand it.

**The Chairman:** Your experience in Labrador is consistent with the experience across the country. It is much easier to get people of different professions to work together in rural communities, than it is in urban communities.

**Ms Smith:** It is need also. When you put the need there, it is a community need.

**The Chairman:** It is also the nature of the community spirit in a small community, which is a different concept, where everybody feels that they are part of a common group.

**Senator Robertson:** Medicare has been in place for almost 40 years without too many changes. A business that has been in operation for 40 years without management changes, in particular, would not be in business. The whole system has to be challenged and looked at if we are going to do the job properly.

When Medicare began with the Canada Health Act, 50 per cent of the funding came from the federal government and 50 per cent came from the provinces. It was directed only, and still is directed only, at what goes on inside the hospital and the doctor's office. Those are the only two things that are covered.

Federal contribution is down to an average of 17 per cent across Canada. In some provinces it is as low as 11 per cent, and in some provinces a point or two higher. That seems to be the lack of change and the inconsistency over 40 years. The reduction in funding has caused a crisis in the health system. We do not have the resources.

Change costs money. Many of the provinces, particularly the Atlantic provinces, are asking where they will get the money to effect the change. For example, they would like to take advantage

Il faut examiner le rôle de l'infirmière pour s'assurer qu'elle passe son temps à faire les choses qui donneront le plus de résultats. Par exemple, si je m'occupe de quelqu'un à l'hôpital ou si je donne des soins en milieu communautaire à une personne qui a une maladie du coeur, je peux centrer mon attention sur les changements que cette personne doit apporter dans sa façon de vivre pour améliorer son état de santé. Si le champ de mes fonctions s'élargit, il s'élargit également pour les infirmières auxiliaires, les infirmières praticiennes et les médecins. Ce sera plus satisfaisant et plus intéressant pour tout le monde.

**Le sénateur Cochrane:** Ce n'est pas ce qui se passe maintenant, n'est-ce pas?

**Mme Smith:** Non.

**Le sénateur Cochrane:** Comment y remédier?

**Mme Smith:** On nous a dit que cela fonctionnait bien dans certaines régions. Votre exemple montre que cela marche bien sur la côte du Labrador.

Les gens s'habituent aux rôles que jouent les infirmières auxiliaires, les infirmières, les infirmières praticiennes et les médecins et tout le monde travaille en équipe. Il est difficile d'avoir d'autres professionnels de la santé dans certaines régions. Pour les physiothérapeutes, les ergothérapeutes et les diététicienne, c'est un problème de recrutement. Si nous pouvons obtenir des bons résultats dans certains domaines spécialisés, nous pourrions ensuite appliquer ce modèle ailleurs.

**Le président:** Ce que vous avez constaté au Labrador correspond à ce qui se passe un peu partout. Il est beaucoup plus facile d'amener des gens de différentes professions à travailler ensemble dans les localités rurales que dans les villes.

**Mme Smith:** C'est aussi une question de besoin. Quand le besoin est là, il est ressenti au niveau de la collectivité.

**Le président:** L'esprit communautaire est également plus développé dans une petite collectivité où tout le monde a le sentiment de faire partie du même groupe.

**Le sénateur Robertson:** L'assurance-santé existe depuis près de 40 ans et n'a pas subi beaucoup de changements au cours des années. Une entreprise qui serait toujours gérée de la même façon ne serait plus là au bout de 40 ans. Il faut réexaminer tout le système pour voir si nous faisons notre travail comme il faut.

Quand l'assurance-santé a vu le jour, la moitié du financement provenait du gouvernement fédéral et l'autre moitié des provinces. Cela couvrait seulement — et c'est encore le cas — ce qui se passe à l'intérieur de l'hôpital et du cabinet du médecin. Ce sont les deux seules choses qui sont couvertes.

La contribution fédérale a diminué de 17 p. 100 en moyenne dans l'ensemble du pays. Dans certaines provinces, elle ne dépasse pas 11 p. 100 et 1 ou 2 p. 100 de plus dans d'autres provinces. Voilà le résultat au bout de 40 ans. La réduction du financement a entraîné une crise dans le système de santé. Nous n'avons pas les ressources voulues.

Le changement coûte cher. De nombreuses provinces, surtout celles de l'Atlantique, demandent où elles trouveront l'argent nécessaire pour effectuer des changements. Par exemple, elles

of the federal contribution to the MRI, but the attending dollars for operational does not come along with the equipment. It only adds more expenses when already they cannot do what they are supposed to be doing. It goes around like this. It is a very serious issue.

As you continue your study, which sounds excellent, I hope that you will consider all of those issues that, particularly in the Atlantic provinces, make delivering health care very difficult to meet the demands of the people. They are worrisome issues, and it is going to take the cooperation of all of us to make any progress.

In Atlantic Canada, we export a lot of people, so we have a higher proportion of youth and elderly in our population than in Alberta, Ontario or British Columbia. There is another group that have not been able to move to find jobs, which also adds to our population problem. Over the years, we have had a build up of physically and mentally challenged citizens who do not feel secure in going to another province to find an opportunity. This makes our problems in the Atlantic provinces more difficult.

You will find that where women are the chief participants in a labour force, it is more difficult to get wages. When men enter the labour force, the wages gradually increase. For example, years ago educators had very poor wages. Once the men got involved, the wages started climbing and they are now presentable.

This has not happened to the same extent in health care. There are a few male nurses, but we will not be adequately recognized until we encourage more diverse population to the services. There is no pay for the home caregiver who is a family member who stays at home and quits his or her job to look after mother or someone ill in the family. Has anyone applied to the federal government?

There was a housing program called granny apartment or something, where there was assistance to create an apartment within a home, so that the parents could live there rather than going to a public facility. Could that type of program be transferred in a different way, in cash perhaps? Have you tried anything to get money to these people? In your hearings, did you hear of anything that would help these people?

**Ms Blake-Dibblee:** We have not gone that route. However, we know that the need is there. One of the major findings in this preliminary study is that financial remuneration would help to provide the caregiver and the recipient with a much better quality of life.

We know that 91 per cent of caregivers are female. The average age of the caregiver in Newfoundland is 55. Their household income is around \$20,000, and some of that is from the old age assistance program that the recipient gets, which helps to support the family.

voudraient se prévaloir de la contribution fédérale pour l'IRM, mais l'équipement n'est pas accompagné de l'argent nécessaire pour le faire fonctionner. Cela ne fait qu'augmenter leurs dépenses alors qu'elles ne peuvent déjà pas faire ce qu'elles sont censées faire. C'est un cercle vicieux. Le problème est très grave.

En poursuivant votre étude, qui semble excellente, j'espère que vous examinerez toutes ces questions en raison desquelles il est très difficile d'offrir des services de santé qui répondent aux exigences de la population, surtout dans les provinces de l'Atlantique. Cette situation est inquiétante et nous allons devoir tous coopérer pour réaliser des progrès.

Dans la région de l'Atlantique, nous exportons beaucoup de gens, si bien que nous avons une plus forte proportion de jeunes et de personnes âgées que l'Alberta, l'Ontario ou la Colombie-Britannique. Il y a aussi un autre groupe qui n'a pas pu partir pour trouver des emplois, ce qui crée un problème de plus. Au cours des années, il y a eu une augmentation du nombre de personnes handicapées physiquement et mentalement qui ne se sentent pas la force d'aller chercher des possibilités d'emploi ailleurs. Cela complique encore plus les difficultés des provinces de l'Atlantique.

Vous constaterez également que dans les secteurs du marché du travail où les femmes sont majoritaires, il est plus difficile d'obtenir des salaires décents. Quand les hommes arrivent dans ce secteur, les salaires augmentent graduellement. Par exemple, il y a des années, les enseignants étaient très mal rémunérés. Quand les hommes sont arrivés, les salaires ont commencé à grimper et sont maintenant acceptables.

Ce phénomène ne s'est pas répandu autant dans le secteur de la santé. Il y a quelques infirmiers, mais ce travail ne sera pas rémunéré adéquatement tant que la main-d'oeuvre ne sera pas plus diversifiée. Il n'y a aucune rémunération pour le membre de la famille qui reste à la maison et quitte son emploi pour prendre soin de sa mère ou d'une autre personne malade. Quelqu'un a-t-il déjà demandé au gouvernement fédéral de lui verser un salaire?

Il y avait un programme de logement qui permettait d'aménager un appartement accessoire dans une maison pour que les parents puissent y vivre au lieu d'aller dans un foyer. Ce genre de programme pourrait-il être transféré sous une autre forme, peut-être sous forme d'espèces? Avez-vous essayé d'obtenir de l'argent pour ces personnes? Au cours de vos audiences, avez-vous entendu des suggestions qui pourraient leur venir en aide?

**Mme Blake-Dibblee:** Nous ne nous sommes pas lancés de ce côté-là. Nous savons toutefois que le besoin existe bien. Une des principales conclusions de cette étude préliminaire est qu'une rémunération contribuerait à améliorer énormément la qualité de vie tant de l'aidant que de la personne qui reçoit les soins.

Nous savons que 91 p. 100 des aidants sont des femmes. À Terre-Neuve, leur âge moyen est de 55 ans. Le revenu de leur ménage se situe aux environs de 20 000 \$ et provient en partie des prestations de sécurité de la vieillesse que touche le bénéficiaire et qui aident à faire vivre la famille.



**Senator Robertson:** It is sad that we have deteriorated to this state. You are short of nurses. The home support workers who are paid make \$6 an hour; is that correct? If someone were to give an income to these people to stay at home to care, it would be much cheaper than institutional care.

You could get trade-offs there. Rather than the paid home support workers, the nurses, and the nursing assistants trying to do all the professional things that you want to do, these people could spend their time training family caregivers to do a more comfortable job at home. There would also have to be some adequate compensation for that caregiver at home.

You do not have the staff to do it all. These are some of the options that we have to look at. I hope in your study of Newfoundland that you look at all the options available to you.

Senator Cook talked about clusters. If you talk to any of the nurses in the Extra-Mural Hospital in New Brunswick, you will find happy nurses. They are independent. They report to the doctor once maybe every night, or maybe not even that, as long as the patients are doing well. They are in charge. Doctors should not admit to hospital. Nurses should do the screening. Why would a doctor have to admit to hospital?

I got caught in Kentucky, which is probably the poorest state in the United States, and I had to go to the emergency ward. The first person I met was a nurse. The nurse did the screening. The lab did all the tests that the nurse had decided should be done. The pharmacist then came in to review the medications I was taking. Eventually, I saw the doctor for five minutes, and then I went back to the hotel.

**The Chairman:** Any last comment from a member of the panel.

**Senator Robertson:** Keep doing a good job, but remember it costs money.

**The Chairman:** The example that Senator Robertson raises gets exactly at the issue that all of you have been talking about in terms of scope of practice, and getting people who are qualified to do things. The phrase we used in the book was that you would not hire an electrician to change your light bulb. Getting a doctor instead of a nurse to do some things is an equal sort of example.

**Mr. Lucas:** We talked about if someone is in hospital, and if we can put him or her back in the home. I believe the example you used earlier this morning was someone was in the Miller Centre. I had an experience with a family member, and not only did it cost less for the government to take care of this person by putting the person back in the home, but the quality of life to that member increased ten times fold. It works out all the way around.

**The Chairman:** Our next witness is Ms Maude Peach, who has had an extensive career in the health care voluntary sector in Newfoundland. Thank you, Ms Peach, for coming.

**Le sénateur Robertson:** Il est regrettable que la situation se soit dégradée à ce point. Vous manquez d'infirmières. Les aides domestiques sont payées 6 \$ de l'heure, n'est-ce pas? Si on assurait un revenu aux personnes qui restent à la maison pour prendre soin d'un membre de leur famille, cela coûterait beaucoup moins cher que les soins en établissement.

Vous pourriez récupérer cet argent. Au lieu que les aides à domicile rémunérées, les infirmières et les aides soignantes essaient de tout faire, ces personnes pourraient passer leur temps à donner une formation aux aidants naturels pour faciliter leur travail à la maison. Il faudrait également prévoir une rémunération adéquate pour ces aidants.

Vous n'avez pas le personnel voulu pour tout faire. Ce sont là certaines des options que nous devons envisager. J'espère que dans le cadre de votre étude vous examinez toutes les solutions possibles.

Le sénateur Cook a parlé de grappes. Si vous parlez à n'importe quelle des infirmières de l'Hôpital Extra-Mural du Nouveau-Brunswick, vous verrez qu'elles sont satisfaites. Elles sont autonomes. Elles font un rapport au médecin une fois par nuit, peut-être même pas aussi souvent, tant que les patients vont bien. Ce sont elles qui dirigent. Ce ne sont pas les médecins qui devraient s'occuper de l'admission à l'hôpital. L'évaluation devrait être faite par les infirmières. Pourquoi faut-il que ce soit un médecin?

J'ai été coincée au Kentucky, qui est sans doute l'État le plus pauvre des États-Unis et j'ai dû aller à la salle d'urgence. La première personne que j'ai rencontrée était une infirmière. Elle a fait mon évaluation. Le laboratoire a effectué tous les tests que l'infirmière avait jugé nécessaires. Le pharmacien est ensuite venu voir les médicaments que je prenais. J'ai finalement vu le médecin pendant cinq minutes, après quoi je suis retournée à mon hôtel.

**Le président:** Un des témoins a-t-il une dernière chose à ajouter?

**Le sénateur Robertson:** Continuez à faire du bon travail, mais n'oubliez pas que cela coûte cher.

**Le président:** L'exemple que donne le sénateur Robertson nous ramène précisément à la question que vous avez tous soulevée en ce qui concerne le champ des fonctions et le recrutement de personnel qualifié. Comme nous l'avons dit, on ne ferait pas appel à un électricien pour changer une ampoule brûlée. C'est pourtant ce que l'on fait lorsqu'on demande à un médecin plutôt qu'à une infirmière de faire certaines choses.

**M. Lucas:** Nous avons parlé de la personne qui est hospitalisée alors qu'on pourrait la renvoyer chez elle. Vous avez cité, je crois, l'exemple d'une personne qui se trouvait au Centre Miller. J'en ai fait l'expérience avec un membre de ma famille et non seulement cette personne a coûté moins cher au gouvernement lorsqu'elle a été soignée chez elle, mais sa qualité de vie a été bien meilleure. C'est avantageux pour tout le monde.

**Le président:** Notre témoin suivant est Mme Maude Peach, qui a eu une longue carrière dans le secteur des soins bénévoles, à Terre-Neuve. Merci d'être venue, madame Peach.

**Ms Maude Peach:** I was formerly the Director of Volunteer Resources with the Health Care Corporation of St. John's. In addition to this role, I was responsible for hospital and community education, which included conducting seminars in the area of child abuse prevention. I am presently the vice-chair of the Newfoundland and Labrador Lung Association.

I only received the interim report on Thursday, so it is difficult for me to comment on all the areas of concern. However, I have taken the area of volunteerism in order to demonstrate its importance in the field of health care and not-for-profit organizations in the 21st century. Thank you for allowing me to share with you some information about the contributions that a dynamic group of people have made to the quality of life to those who use our health care system, and in addition, have enhanced the life of our community.

This dynamic group of people are called volunteers. They work in our hospitals and nursing homes, supplementing the care provided by staff and families. They are your friendly visitors. They provide music and pet therapy programs. They supply transportation for hostels, make Christmas tray treats for Christmas and work with the various clergy providing spiritual care. They provide way-finding services to the patients and to the elderly. They give a more holistic approach to health care. They provide entertainment and work in our gift and coffee shops.

They provide many thousands of dollars a year to our hospitals, which enable them to buy much needed equipment. This year, the 1,200 Health Care Corporation volunteers at tertiary care donated 80,000 hours. They also donated \$685,000 to the hospital foundation for equipment.

This is in addition to the monies raised by the foundations themselves, which is staff driven, but supported mainly by volunteers. One example is the Janeway Children's Hospital Foundation, which raised in excess of 17 million since 1985, and 1.4 million in this year. Newfoundlanders give more time and money per capita than any other province in Canada. In our province, volunteers contribute millions of hours a year helping people who are ill, elderly, disabled, disadvantaged, and illiterate. They provide first aid and counselling, meals on wheels, CanSurmount programs, and help to care for the environment. These are just a few examples.

There are more than 20 health related associations in the province, which offer education and support to patients and families with various diseases and disabilities. Examples of these associations are the Arthritis Association, Autism Society, Cerebral Palsy, Heart and Stroke Foundation, Kidney Foundation, Newfoundland and Labrador Lung Association, and MADD Association. Most of these do not receive any funding from the various levels of government, and they deliver their programs and education and support through volunteers. All revenue is volunteer driven.

**Mme Maude Peach:** J'ai été la directrice des Ressources bénévoles à la Health Care Corporation, de St. John's. En plus de cette fonction, j'étais responsable de l'éducation en milieu hospitalier et communautaire et je devais notamment donner des ateliers sur la prévention des mauvais traitements envers les enfants. Je suis actuellement vice-présidente de la Newfoundland and Labrador Lung Association.

Comme j'ai reçu votre rapport intérimaire jeudi seulement, il m'est difficile de parler de toutes les questions qui y sont abordées. Je parlerai toutefois du bénévolat pour démontrer l'importance qu'il revêt dans le domaine de la santé et les organisations sans but lucratif, au XXI<sup>e</sup> siècle. Je vous remercie de me permettre d'échanger avec vous quelques renseignements sur les contributions qu'un groupe de gens dynamiques ont apportées pour améliorer la qualité de vie des usagers de notre système de santé et, en même temps, la vie de notre collectivité.

Les gens dynamiques dont je parle sont des bénévoles. Ils travaillent dans des hôpitaux et foyers de soins, où ils complètent les soins prodigués par le personnel et les familles. Ce sont vos visiteurs amicaux. Ils fournissent des programmes de thérapie par la musique et les animaux. Ils assurent des services de transport, préparent des friandises de Noël et travaillent avec le clergé des diverses confessions. Ils offrent des services d'orientation aux patients et aux personnes âgées. Ils donnent aux soins de santé une dimension plus complète. Ils divertissent les patients et travaillent dans nos boutiques de cadeaux et cafétérias.

Ces personnes apportent chaque année à nos hôpitaux des milliers de dollars qui leur permettent d'acheter l'équipement dont ils ont grand besoin. Cette année, les 1 200 bénévoles de Health Care Corporation qui dispensent des soins tertiaires ont donné 80 000 heures de travail. Ils ont également fait don de 685 000 \$ à la fondation des hôpitaux pour l'achat d'équipement.

Cela s'ajoute aux fonds qui sont levés par les fondations sur l'initiative du personnel, mais surtout avec le soutien des bénévoles. Par exemple, la Janeway Children's Hospital Foundation a recueilli plus de 17 millions de dollars depuis 1985 dont 1,4 million cette année. Les Terre-Neuviens donnent plus de temps et d'argent par habitant que les Canadiens des autres provinces. Dans notre province, les bénévoles donnent chaque année des millions d'heures de travail pour aider les personnes malades, âgées, handicapées, défavorisées ou analphabètes. Ils donnent des premiers soins et des conseils, ils livrent des repas à domicile, participent aux programmes CanSurmount et aident à prendre soin de l'environnement. Ce ne sont là que quelques exemples.

La province compte une vingtaine d'associations reliées à la santé qui offre des services d'éducation et de soutien aux patients atteints de divers types de maladies ou de handicaps ainsi qu'à leur famille. Il s'agit par exemple de l'Arthritis Association, de l'Autism Society, de la Cerebral Palsy Association, de la Heart and Stroke Foundation, de la Kidney Foundation, de la Newfoundland and Labrador Lung Association et de MADD. La plupart de ces organismes ne reçoivent aucun financement des divers niveaux de gouvernement et c'est grâce aux bénévoles qu'ils offrent leurs programmes, leur éducation et leur soutien. Tous leurs revenus viennent des bénévoles.



The Newfoundland and Labrador Lung Association is a not-for-profit organization dedicated to achieving healthy breathing for the people of Newfoundland and Labrador. They do this through programs in education, research, and advocacy. This association is sustained for formalized activities of fund raising, voluntarism, and organizational development.

With a staff of only five and with 500 volunteers, the Lung Association delivers 20 educational programs, which in many cases are the only sources of direction and information in Newfoundland. The association has an annual budget of approximately \$380,000, all of which is raised by volunteers and supported by the general public. This association continues to strive to find new and innovative ways of fulfilling their mission.

The YMCA-YWCA, of which I am a member, has in addition to its volunteer board of directors, approximately 120 volunteers who are on the front lines delivering programs in exercise, sports, and recreation. They give 9,000 work hours per year, all of which support the objectives of the various governments that are promoting exercise in a healthier lifestyle, which correlates into better health. This organization's fund raising activities and operating budget is once again volunteer driven.

Volunteers are the defining characteristic of every charity and not-for-profit. They contribute to our ability to achieve our missions, to effect social change and to provide an important link with the community in communicating health policy information, which includes healthy lifestyles.

It has long been understood that there is a correlation between healthy lifestyle and prevention of disease, yet we see our fitness centres, such as the YMCA-YWCA, which are mainly operated by volunteers, having to collect 15 per cent HST. In some countries, this expense is tax deductible.

As an aging population, we need to look at innovative ways to make services that promote healthy lifestyles more affordable. Government needs to entertain the idea of removing such taxes from all centres and services promoting healthy lifestyles, thus helping to reduce costs to the health care system.

There is limited access to information on wellness and health promotion. When I was at the Janeway Child Health Centre, I was the only person responsible because I was willing to take on this additional task. I found that there was very little information for moms. After breastfeeding stopped, there was nothing. There might have been an item or two on potty training. There are many issues single parents face that they need assistance with. It is too late when you have to go to the physician to get advice. The problem has already occurred.

If we are to educate the public to take more responsibility for their own health and well-being, then this information should be readily available. When you go into a doctor's office, there is some kind of waiting room, and there are one or two pieces of information on health, promoting wellness and raising children.

La Newfoundland and Labrador Lung Association est un organisme sans but lucratif qui s'est donné pour mission d'aider la population de la province à avoir des poumons sains. Elle le fait grâce à des programmes d'éducation, de recherche et de défense des droits. Cette association se livre à des activités officielles de financement, de bénévolat et de développement organisationnel.

Avec un personnel de seulement cinq employés et 500 bénévoles, l'Association offre 20 programmes éducatifs qui, dans bien des cas, sont les seules sources de conseils et d'information à Terre-Neuve. L'Association a un budget annuel d'environ 380 000 \$ qui est entièrement levé par les bénévoles avec l'appui du grand public. Cette association continue de s'efforcer de trouver de nouvelles façons de s'acquitter de sa mission.

Le YMCA-YWCA dont je suis membre a, en plus de son conseil d'administration bénévole, environ 120 bénévoles en première ligne qui offrent des programmes d'exercice, de sports et de loisirs. Ils donnent 9 000 heures de travail par année pour soutenir les objectifs des divers gouvernements qui cherchent à promouvoir l'exercice et un mode de vie plus sain pour améliorer la santé. Les activités de financement et le budget de fonctionnement de cet organisme dépendent également des bénévoles.

Le bénévolat est la caractéristique qui définit tout organisme caritatif et sans but lucratif. Les bénévoles nous permettent de nous acquitter de notre mission, d'apporter des changements sociaux et de nouer un lien important avec la collectivité en communiquant des renseignements sur la santé, y compris sur les habitudes de vie saines.

On sait depuis longtemps qu'il existe une corrélation entre un mode de vie sain et la prévention des maladies, mais nos centres de culture physique tels que ceux du YMCA-YWCA, qui sont surtout exploités par des bénévoles, doivent quand même percevoir la TVH de 15 p. 100. Dans certains pays, cette dépense est déductible de l'impôt.

Compte tenu du vieillissement de notre population, nous devons chercher des moyens novateurs de rendre plus abordable les services qui favorisent de saines habitudes de vie. Le gouvernement doit songer à exempter de ces taxes tous les centres et services qui favorisent des habitudes de vie saines pour contribuer à réduire les coûts du système de santé.

L'accès à l'information sur la promotion du mieux-être et de la santé est limité. Lorsque j'étais au Janeway Child Health Centre, j'étais la seule responsable, car j'étais prête à assumer cette tâche supplémentaire. J'ai constaté qu'il y avait très peu d'information à l'intention des mères. Rien n'était prévu pour elles après l'allaitement. Il y avait peut-être une ou deux séances d'information sur l'apprentissage de la propreté. Les mères célibataires ont de nombreuses difficultés pour lesquelles elles ont besoin d'aide. Lorsque vous devez aller chez le médecin pour obtenir conseil, il est trop tard. Le problème est déjà survenu.

Si nous voulons éduquer le public pour qu'il assume davantage la responsabilité de sa santé et de son bien-être, cette information devrait être facilement accessible. Quand vous allez chez le médecin, il y a une salle d'attente où vous trouvez un ou deux dépliants sur la santé, le mieux-être et la façon d'élever les

and it only gets filled up when somebody in the office has a little time. These should be readily available to families through family information centres and wellness centres, funded by government, which could easily be supported by volunteers.

I will forward a copy of this brief to the legislative clerk. If you would like copies, she will make them available to you.

**Senator Robertson:** You, like all volunteers, are doing a tremendous amount of work for your community. If you added up the dollars that we save with the army of volunteers across the country, we would be astounded. I do not know what we would do without volunteers.

In your work as a volunteer, what is the most difficult thing you have had to contend with where you have said that if things were different, it would be better? What aggravates you the most?

**Ms Peach:** When I was a volunteer director I coordinated many volunteers. One of my most frustrating or biggest challenges was when we changed the program management and I found that you were no longer part of a team. Often, you worked in isolation and it was very difficult to do needs assessments.

You were not part of the team that cared for the patient, even though you were very much part of the psychosocial care. It was up to you or the volunteer to find out what it is that the patient wanted, and that is fine for a person who can speak for themselves, but for seniors and children, it is difficult. They almost need an advocate.

**Senator Robertson:** I am not surprised about the requirement for a patient's advocate.

**Ms Peach:** Yes.

**Senator Cochrane:** I realize what volunteers do and the contribution that they are making, especially to seniors. The volunteers in rural Newfoundland are doing a fantastic job.

Are people using the public health system? I am talking about the public health nurses and people of that nature. Do they take advantage of that, or would they prefer to go to a hospital to get treated or for shots?

**Ms Peach:** I think if we had a wellness centre, or a location where families could go, they would go there. People do not want to wait two or three weeks to make an appointment to see the doctor. If you go into a doctor's clinic, you will wait for two or three hours, and when you get in there you have got five or ten minutes. There is nowhere to go for information on wellness. If I am taking seven or eight medications that I have been taking for the past 20 years, how do I know that I need to continue to take them? I would like to have a drop-in centre where I could go and say would you check this out, or could I get weighed, can I get my blood work done.

enfants, mais ces dépliants ne sont renouvelés que si le personnel trouve un peu de temps pour le faire. Cette information devrait être mise à la disposition des familles par les centres d'information des familles et des centres de mieux-être, grâce au financement du gouvernement et probablement avec l'appui des bénévoles.

Je vais faire parvenir un exemplaire de ce mémoire à la greffière. Si vous en désirez des copies, elle vous les remettra.

**Le sénateur Robertson:** Comme tous les bénévoles, vous faites énormément de travail pour votre collectivité. Si l'on additionnait chaque dollar économisé grâce à l'armée de bénévoles qui travaillent dans tout le pays, nous serions étonnés. Je ne sais pas ce que nous ferions sans les bénévoles.

En tant que bénévole, quel est le pire obstacle auquel vous avez été confrontée? Vous dites que si les choses étaient différentes, cela marcherait mieux. Qu'est-ce qui vous fâche le plus?

**Mme Peach:** Quand j'étais directrice bénévole, j'ai coordonné de nombreux bénévoles. Une des choses que j'ai trouvées les plus décourageantes c'est quand j'ai constaté, lorsque la gestion du programme a été modifiée, que nous ne faisons plus partie d'une équipe. Il fallait souvent travailler seul de son côté et il était très difficile de faire une évaluation des besoins.

Nous ne faisons plus partie de l'équipe qui prenait soin du patient, même si nous faisons certainement partie des soins psychosociaux. C'était à nous ou aux bénévoles de voir ce que voulait le patient. C'est très bien quand la personne peut s'exprimer, mais pour les personnes âgées et les enfants, c'est difficile. Et ils ont presque besoin de quelqu'un pour défendre leurs intérêts.

**Le sénateur Robertson:** Cela ne m'étonne pas.

**Mme Peach:** En effet.

**Le sénateur Cochrane:** Je sais ce que font les bénévoles et quelle est leur contribution, surtout pour les personnes âgées. Les bénévoles des régions rurales de Terre-Neuve font un travail formidable.

Les gens se servent-ils du système de santé publique? Je veux parler des infirmières de la santé publique et de ce genre de services. Est-ce que les gens s'adressent à ces services ou est-ce qu'ils préfèrent aller à l'hôpital pour se faire soigner ou recevoir des injections?

**Mme Peach:** Je crois que si nous avions un centre de mieux-être ou un endroit où les familles pourraient aller, les gens iraient là-bas. Ils ne veulent pas attendre deux ou trois semaines pour voir le médecin. Si vous allez dans une clinique médicale, vous allez attendre votre tour pendant deux ou trois heures et vous verrez le médecin pendant cinq ou 10 minutes. Il n'y a aucune information sur le mieux-être. Si je prends sept ou huit médicaments depuis 20 ans, comment vais-je savoir que je dois continuer à les prendre? J'aimerais qu'il y ait un centre où je peux aller sans rendez-vous pour une vérification, me faire peser ou faire faire des analyses de sang.



**Senator Cochrane:** Absolutely. We have some public health nurses within various areas. They are not doing that now; is that correct?

**Ms Peach:** In some cases they are, but our public health nurses are overworked. They have too many clients. I have a couple of elderly friends in their home, and they have home care come in, but there is quite a turn over. There is no continuity of care given by the person, and if I was not going in and filling out their papers, applying for their apartments or their old age pension and paying for their prescriptions, there was no one to do it. The public health nurse will come in to see how they are doing, and they are there for crisis intervention, but aside from that there is not much time given to each patient.

There is just not enough time in the day for the public health nurse. We need drop-in centres. Many people go to the emergency department that should not be going there. It is an abuse of our emergency department.

**The Chairman:** It is the only option they have in some cases; is that correct?

**Ms Peach:** Right now, yes.

**The Chairman:** It is not the only option that could be available. It is the only option that is available now.

**Senator Cook:** The frustration that Ms Peach referred to happened when the province went from a clinical care approach to a program based approach, and that was a change that really impacted on the system.

The elderly and the frail elderly need the proper application of medicines, insulin shots, and any number of things that could be taken care of in my cluster in that wellness clinic, possibly supervised by a nurse practitioner. Along with a caseworker, that would act as a drop-in centre, and it would take the pressure off our institutions and waiting rooms. Do you share that view? How do you see it working out?

**Ms Peach:** Definitely. Just recently, my mother-in-law had a bad foot, and this continued for a number of months. We returned to the hospital. We waited to see the specialist, only to be told her foot looks perfect now and to come back again in six months. If we had gone to some kind of clinic, the nurse could have easily told us this, and would have been qualified to do so. This would have freed up the specialist's time. Wellness clinics are the answer to many of our problems here in Newfoundland.

**Senator Cook:** How do you see this happening in rural Newfoundland? We cannot have one in every community. Do you see a radius or an area? Given our aging population in rural Newfoundland, do you see that as an option for our people?

**Ms Peach:** Some system has to be put in place, such as the nurse practitioner, if we empowered them more. The nurses that have worked in these areas and have come into St. John's have always said the work in the outlying areas was more challenging. It was not limited to changing bandages, bed making, and that

**Le sénateur Cochrane:** Absolument. Nous avons quelques infirmières de la santé publique dans plusieurs régions. Elles ne fournissent pas ces services pour le moment, n'est-ce pas?

**Mme Peach:** Elles le font dans certains cas, mais ces infirmières sont surchargées de travail. Elles ont trop de clients. J'ai un couple d'amis âgés qui continuent à vivre chez eux avec une aide à domicile, mais il y a beaucoup de roulement. Il n'y a pas de continuité dans les soins et si je ne m'occupais pas de remplir leurs formulaires pour leur appartement, leurs pensions de vieillesse ou leurs médicaments, personne ne le ferait pour eux. L'infirmière de la santé publique vient voir de temps en temps comment ils vont et elle est là en cas de crise, mais à part cela, elle n'a pas beaucoup de temps à consacrer à chaque patient.

L'infirmière de la santé publique n'a pas assez d'heures dans la journée. Nous avons besoin de centres de services. Bien des gens vont dans les urgences des hôpitaux alors qu'ils ne devraient pas aller là. On recourt aux urgences à tort et à travers.

**Le président:** Dans certains cas, ils n'ont pas d'autre choix, n'est-ce pas?

**Mme Peach:** Pour le moment, en effet.

**Le président:** Mais ce n'est pas la seule option qui pourrait être offerte. C'est la seule qui existe actuellement.

**Le sénateur Cook:** Mme Peach s'est sentie découragée quand la province est passée d'une politique axée sur les soins cliniques à une politique axée sur les programmes et c'est un changement qui s'est véritablement répercuté sur le système.

Les personnes âgées et les personnes âgées en perte d'autonomie ont besoin de médicaments, d'injections d'insuline et de plusieurs autres choses qu'une clinique de mieux-être pourrait leur fournir, peut-être sous la supervision d'une infirmière praticienne. Un travailleur social compléterait l'équipe et cela désengorgerait nos établissements et nos salles d'attente. N'êtes-vous pas d'accord? Comment cela pourrait-il fonctionner?

**Mme Peach:** Certainement. Récemment, ma belle-mère a eu un problème au pied et cela a duré plusieurs mois. Nous sommes retournées à l'hôpital. Nous avons attendu pour voir le spécialiste qui s'est contenté de nous dire que son pied allait maintenant très bien et qu'elle devait revenir le voir dans six mois. Si nous étions allées dans une clinique, l'infirmière aurait pu facilement nous dire la même chose et elle aurait été suffisamment compétente pour le faire. Cela aurait libéré le temps de ce spécialiste. Les cliniques de mieux-être sont la solution à un grand nombre des problèmes que nous avons à Terre-Neuve.

**Le sénateur Cook:** Comment cela pourrait-il se faire dans les régions rurales de la province? Il n'est pas possible d'avoir ce genre de centre dans chaque localité. Pourrait-il desservir une région? Étant donné la population vieillissante que nous avons dans les régions rurales de Terre-Neuve, pensez-vous que ce pourrait être une solution?

**Mme Peach:** Il faut mettre un système en place, par exemple des infirmières praticiennes, si nous élargissons le champ de leurs fonctions. Les infirmières qui sont venues à St. John's après avoir travaillé dans ces régions ont toujours dit que le travail était plus intéressant dans les régions éloignées. Il ne se limite pas à changer

kind of thing. Now that many nurses are getting their bachelors degree in nursing and taking special courses, I think it could work.

**Senator Cook:** Given the drop in our economy, especially since September 11, what do you see as the future with respect to revenue for the agencies you mentioned? I will single out the Lung Association, because you said that there was a budget of \$400,000. Is it realistic to think that we are going to be able to support those agencies that are delivering such a wonderful service through volunteers and the public's ability to respond, or is that going to come back on the system? What kind of an impact is it going to have on the system?

**Ms Peach:** It is increasingly difficult each year. However, we manage. We are always trying to find new and innovate ways to raise money. We work very hard, yet the revenue does not increase every year.

Even with the anthrax scare, we do a mail out at the Lung Association called the Christmas Appeal. People are probably going to be afraid to open the envelope because it is bulk mail. Now we have to find a way to let the general public know that the volunteers at the Lung Association handled them envelopes themselves. It is a big challenge.

I mentioned 20 associations, but I am sure that there are more out there. At one time, the provincial government gave money to the Newfoundland and Labrador Lung Association, but I think it was discontinued in 1991. Since then, we do all of our own fund raising with our volunteers.

**Senator Cook:** Those volunteer agencies will have to be grouped somewhere to show where the saving is, and if the impact moves because of what is happening in the community.

**The Chairman:** As governments cut back, the role of the voluntary sector, which was always important, becomes crucial. Big institutions can no longer operate without them.

There are two members of the House of Assembly here who I would like to recognize. Ross Wiseman is the opposition health critic, and Sheila Osbourne is also a member of the legislature. Thank you very much for coming.

When my wife was in the hospital with cancer a year ago, there was a volunteer who met you when you were going in for chemotherapy and other similar procedures. I realize that does not require much training, but a number of the positions that volunteers take require some knowledge of the health care system. Do the volunteer organizations provide training programs before putting someone in place?

**Ms Peach:** Yes. All volunteers have an orientation, and they go through a very rigid process. It is similar to applying for a job. You fill out your application, supply letters of reference, and go through a police check.

des pansements, à faire les lits et ce genre de choses. Maintenant qu'un grand nombre d'infirmières obtiennent un baccalauréat en sciences infirmières et suivent des cours spécialisés, je crois que cela pourrait marcher.

**Le sénateur Cook:** Étant donné le ralentissement économique, surtout depuis le 11 septembre, quel avenir envisagez-vous pour les organismes que vous avez mentionnés en ce qui concerne leur financement? Je choisirai l'exemple de l'Association pulmonaire, car vous avez dit qu'elle avait un budget de 400 000 \$. Est-il réaliste de croire que nous pourrions soutenir les organismes qui offrent un service aussi formidable grâce aux bénévoles et à l'appui du public ou le système va-t-il devoir prendre leur place? Quelles répercussions cela va-t-il avoir sur le système?

**Mme Peach:** La situation est de plus en plus difficile d'une année à l'autre. Nous réussissons toutefois à nous en sortir. Nous essayons toujours de trouver de nouveaux moyens de lever des fonds. Nous travaillons très fort, mais nos revenus n'augmentent pas chaque année.

Malgré la peur de l'anthrax, l'Association pulmonaire envoie, par la poste, un appel de Noël. Les gens vont sans doute avoir peur d'ouvrir l'enveloppe, parce que ce sont des envois en nombre. Nous devons maintenant trouver un moyen de faire savoir au public que les bénévoles de l'Association ont préparé eux-mêmes ces enveloppes. C'est un sérieux défi.

J'ai parlé d'une vingtaine d'associations, mais je suis certaine qu'il y en a davantage. À une certaine époque, le gouvernement provincial a donné de l'argent à la Newfoundland and Labrador Lung Association, mais je crois qu'il a cessé de le faire en 1991. Depuis, nos bénévoles font toutes nos levées de fonds.

**Le sénateur Cook:** Il faudrait calculer l'économie totale que représentent les organismes bénévoles et les répercussions que pourrait avoir la situation actuelle.

**Le président:** Avec les compressions budgétaires des gouvernements, le secteur du bénévolat, qui a toujours été important, devient crucial. Les grands établissements ne peuvent plus fonctionner sans eux.

Il y a ici deux membres de l'Assemblée législative que je voudrais saluer. Ross Wiseman est le critique de l'opposition en matière de santé et Sheila Osbourne est également membre de l'Assemblée législative. Merci beaucoup d'être venus.

Quand ma femme a été hospitalisée pour un cancer il y a un an, j'ai vu que des bénévoles étaient là pour vous rencontrer lorsque vous alliez en chimiothérapie et pour subir d'autres interventions similaires. Je sais que cela n'exige pas beaucoup de formation, mais plusieurs des postes occupés par des bénévoles exigent une certaine connaissance du système de santé. Les organismes bénévoles offrent-ils une formation avant de confier un poste à quelqu'un?

**Mme Peach:** Oui. Tous les bénévoles participent à un programme d'orientation et font l'objet d'une sélection rigoureuse. C'est comme pour une candidature à un emploi. Vous remplissez votre formulaire de candidature, vous fournissez des lettres de référence et on vérifie si vous avez un casier judiciaire.



**The Chairman:** It is a rigorous process. That is not unique to Newfoundland, it is nationwide; is that correct?

**Ms Peach:** Yes, as far as I know. I am a member of the Canadian Volunteer Bureau, and they all have extensive training programs.

**The Chairman:** How do you recruit people? Do you wait for them to come through the door? I do not see ads for volunteers.

**Ms Peach:** You advertise. Most of the time you use the media that do not charge anything. You go to the local newspaper, the church bulletins, radio and use word of mouth. We are very lucky that we have a university and medical school here, so we get many students interested in the health care field.

**The Chairman:** This is not just people in our age bracket. You are finding people at the age of students; is that correct?

**Ms Peach:** Yes. We had a very active volunteer program. Our Janeway youth in the 14 to 16 age range gave 7,000 to 8,000 hours per year. Newfoundlanders give more per capita, in terms of both money and time, than any other province in Canada.

**The Chairman:** You are even talking about high school students when you are talking about 14 to 16; is that correct?

**Ms Peach:** That is right.

**The Chairman:** I had not appreciated that. That is an enormous additional free support, in terms of dollars, to the health care sector. It would be very interesting to know what that is worth. If you ever had to ever replace it, it would be staggering.

**Ms Peach:** Most hospitals have volunteer programs, especially in paediatrics.

**Senator Cook:** They did away with the candystripers; is that correct?

**The Chairman:** No, they still do it. At least, when my wife was in, they did it.

**Ms Peach:** Especially where there are paediatric settings, we feel that youth relate to the children better. All of them have training programs. If you were to work with the VON, St. John Ambulance or in Palliative Care, additional training is required over and above what they would get during a normal orientation process.

**The Chairman:** I want to thank all of the witnesses who appeared before the committee this morning.

The committee suspended its proceedings.

Upon resuming.

**The Chairman:** Honourable senators, this afternoon we have with us Dr. Roy West, President, National Institute of Cancer, Dr. Catherine Donovan, Health and Community Services, Government of Newfoundland, and Marlene Bayers, Regional

**Le président:** C'est très rigoureux. Ce n'est pas seulement à Terre-Neuve qu'on le fait, mais dans l'ensemble du pays, n'est-ce pas?

**Mme Peach:** À ma connaissance, oui. Je suis membre du Canadian Volunteer Bureau qui a des programmes de formation intensifs.

**Le président:** Comment recrutez-vous des gens? Attendez-vous qu'ils se présentent à votre porte? Je ne vois pas d'annonces demandant des bénévoles.

**Mme Peach:** Nous faisons de la publicité. La plupart du temps, vous le faites dans les médias qui ne vous font rien payer. Vous vous adressez au journal local, aux bulletins paroissiaux et à la radio, sans oublier le bouche-à-oreille. Nous avons la chance d'avoir ici une université et une faculté de médecine ce qui nous permet de recruter de nombreux étudiants qui s'intéressent à la santé.

**Le président:** Ce ne sont pas seulement des gens de notre âge. Vous recrutez également des jeunes, n'est-ce pas?

**Mme Peach:** Oui. Nous avons un programme de bénévolat très actif. Nos jeunes de Janeway, qui sont âgés de 14 à 16 ans, ont donné 7 000 à 8 000 heures par an. Les Terre-Neuviens sont plus généreux de leur temps et de leur argent, par habitant, que les autres Canadiens.

**Le président:** Ce sont même des étudiants du secondaire quand vous parlez de jeunes de 14 à 16 ans?

**Mme Peach:** En effet.

**Le président:** Je ne m'en étais pas rendu compte. Cela représente une aide gratuite supplémentaire très importante pour le secteur de la santé. Il serait très intéressant de savoir combien cela vaut. S'il fallait remplacer ces bénévoles, cela coûterait énormément d'argent.

**Mme Peach:** La plupart des hôpitaux ont des programmes de bénévoles surtout en pédiatrie.

**Le sénateur Cook:** Les «candystripers» n'existent plus, je crois?

**Le président:** Ils existent toujours. Du moins quand ma femme était à l'hôpital.

**Mme Peach:** Surtout dans les services pédiatriques, nous constatons que les jeunes s'entendent mieux avec les enfants. Ils suivent tous un programme de formation. Si vous travaillez pour IOV, l'Ambulance Saint-Jean ou en soins palliatifs, il faut une formation supplémentaire en plus de l'orientation habituelle.

**Le président:** Je tiens à remercier tous les témoins qui ont comparu devant le comité ce matin.

La séance est suspendue.

La séance reprend.

**Le président:** Honorables sénateurs, nous accueillons cet après-midi M. Roy West, président de l'Institut national du cancer, la Dre Catherine Donovan, Santé et services communautaires, gouvernement de Terre-Neuve et Mme Marlene Bayers,

Manager, Weight Watchers. Welcome, and thank you all for attending here.

I notice that we have received written briefs from all of you. What I would like to do is ask each of you, beginning with Dr. West, to do a synopsis of your brief, and then we would be delighted to ask you questions.

**Dr. Roy West, President (St. John's), National Cancer Institute of Canada:** Although I am the President of the National Cancer Institute, which is, as you may know, the research arm of the Canadian Cancer Society, I am here today because of my public health experience in my career in Canada. I have gone back and forth between government life and university life, so it is in that context I am responding to your "Issues and Options" report.

**The Chairman:** Are you still associate dean at the medical school?

**Dr. West:** I stepped down on August 31, and I am fortunate enough to be on leave at the moment.

**The Chairman:** I have enormous sympathy for anyone who does academic administration, having done it myself many years ago. It is one tough job.

Please proceed with your presentation, Dr. West.

**Dr. West:** If you turn to the folder that I have just given you — ignore the first couple of pages, which just describes my background — you will find an executive summary there. I should like to take a few minutes to go over it with you.

Basically, I am in the same camp as people like Michael Rachlis and Ken Fyke. It is not surprising Ken Fyke employed me to Saskatchewan. I believe there is enough money in the system, but I do not believe there is enough money in the system if we keep going as we are going. It is totally unsustainable.

I believe that we have to make major changes, and I believe those major changes are possible. We have to think outside the box. We can maintain, with the proportion of the GDP that is going into it at the moment, a universal publicly funded health system in Canada, expand it so that it also includes wellness and health promotion, and do it on roughly the same amount of dollars we are spending at the moment.

What I have done is respond to the chapters of your report and make a few recommendations. In the executive summary, on page 5, you will see that I have indicated the cost effect of the recommendation.

Under the Canada Health Act, I strongly believe that the act has to become the Canada Health Act and not the Canada Illness Act and that it has to include public health and health promotion. I would urge that the Canada Health Act be expanded to include health services such as childhood immunization, health promotion programs, anti-smoking programs, and so on, services that will help keep people well. In expanding the act, we need to maintain the same principles of the act. Both of these together will increase costs.

directrice régionale de Weight Watchers. Soyez les bienvenus et merci de votre présence.

Je remarque que nous avons reçu un mémoire de chacun de vous. J'aimerais que vous fassiez, en commençant par M. West, un synopsis de votre mémoire, après quoi nous nous ferons un plaisir de vous poser des questions.

**M. Roy West, président (St. John's), Institut national du cancer du Canada:** Même si je suis président de l'Institut national du cancer, qui est, comme vous le savez peut-être, l'organe de recherche de la Société canadienne du cancer, je suis ici aujourd'hui en raison de l'expérience que j'ai acquise en matière de santé publique au cours de ma carrière au Canada. J'ai travaillé alternativement dans les milieux gouvernementaux et universitaires; c'est donc dans ce contexte que je réagirai à votre rapport intitulé «Questions et options».

**Le président:** Est-ce que vous êtes toujours vice-doyen de l'école de médecine?

**M. West:** J'ai démissionné le 31 août et j'ai la chance d'être en congé pour l'instant.

**Le président:** J'ai énormément de sympathie pour quiconque s'occupe d'administration universitaire, l'ayant fait moi-même il y a de nombreuses années. Ce n'est pas un travail facile.

Allez-y, monsieur West.

**M. West:** Prenez le dossier que je viens de vous remettre — passez les premières pages dans lesquelles je ne fais que décrire mes antécédents — et vous allez trouver un résumé. J'aimerais prendre quelques minutes pour le parcourir avec vous.

Essentiellement, je suis de la même école que des gens comme Michael Rachlis et Ken Fyke. Ce n'est pas étonnant que ce dernier m'ait engagé en Saskatchewan. Je crois qu'il y a suffisamment d'argent dans le système, mais je pense que nous en manquerons si nous continuons de dépenser comme nous le faisons actuellement. Cela est absolument intenable.

À mon avis, nous devons effectuer des changements majeurs et je crois qu'il est possible d'y parvenir. Nous devons adopter une pensée créative. Nous pouvons préserver, avec le pourcentage du PIB qui y est actuellement consacré, un système universel de santé subventionné par l'État au Canada, l'élargir afin qu'il inclue également la promotion du mieux-être et de la santé, en y consacrant à peu près les mêmes sommes que nous dépensons actuellement.

En fait, j'ai réagi aux chapitres de votre rapport et j'ai formulé quelques recommandations. Dans le résumé, à la page 5, vous verrez que j'ai indiqué le coût des recommandations que je propose.

À la rubrique Loi canadienne sur la santé, je crois fermement que la Loi doit s'imposer comme la Loi sur la santé et non pas devenir la Loi sur la maladie au Canada, et elle doit inclure la promotion de la santé publique et de la santé en général. Je crois fermement que la portée de la Loi canadienne sur la santé doit être élargie pour inclure des services de santé comme la vaccination des enfants, des programmes de promotion de la santé, des programmes de lutte contre le tabagisme, et ainsi de suite, des services qui aideraient les gens à protéger leur santé. Ce faisant,



From the point of view of the system, the major problem we have at the moment is that our treatment system — hospital services and doctor services — budgets are based on previous services; they are not based on priority and need. What we are doing is increasing the number of services to keep up with our aging population, and to me that is dealing with the margins. As I say, to get outside of the box, we need to prioritize what services are required based on need.

You will gather that I am not a great fan of regionalization, in that we put it in place starting in Nova Scotia in the 1980s and it has never been evaluated. Different provinces are using different models.

All of these points are expanded on in my written presentation.

I mention in my brief that what literature I could find largely comes from Europe but that it pertains largely to dense populations in small geographic areas. In fact, in the literature, there is very little evidence that regionalization with less than 1 million population in the region is efficient. Compare this to Newfoundland with a population of 500,000 and six regions. Saskatchewan is the worst now, because they have 30 regions in a population of 1 million people.

I really question where we are going with regionalization and whether we need to pull back to the core and rethink where we are going.

From the point of view of primary care, we must reorganize primary care. The current model of physicians working in their own practices is not working. It is pushing up the costs. We must get to the point where we are working from comprehensive health centres, with various health professionals working within those centres. In fact, I would prefer a nurse practitioner to be the gatekeeper for those centres. He or she would triage people as they enter the centre. Some people would go on to the doctor, some may go to a social worker, or some may go to a mental health worker.

We must rebalance the continuum. We have been putting 95 per cent of our effort into treatment. We have been giving very little thought to prevention and wellness at one end of the system, and very little attention to supporting people with dignity and giving them good palliation at the other end. Those balances must be achieved.

I have mentioned the gatekeeper. I believe we can save considerable money by actively monitoring drug usage in this country. I was the person who instigated the use of the universal drug database in Saskatchewan for research in 1983, and I have quite a bit of familiarity with drug use studies. I am firmly of the belief that if we were to embrace technology and move forward in that area we would save considerable money.

nous devons préserver les mêmes principes que ceux qui sont énoncés dans la Loi. Ces deux mesures accroîtront les coûts.

Considérant le système actuel, notre problème majeur est que dans notre système de traitements — services hospitaliers et services médicaux — nos budgets sont basés sur les services antérieurs, et non pas sur les priorités et les besoins. Nous augmentons effectivement le nombre de services pour répondre aux besoins de notre population vieillissante et pour moi, c'est nous limiter à travailler à l'intérieur des marges. Comme je l'ai dit, pour penser de façon créative, il faut établir un ordre de priorité parmi les services en fonction des besoins.

Vous comprendrez que je ne suis pas un fervent défenseur de la régionalisation en ce sens que nous avons implanté ce programme en Nouvelle-Écosse dans les années 80 sans jamais l'évaluer. D'autres provinces utilisent des modèles différents.

Tous ces éléments sont décrits plus en détail dans mon mémoire.

J'y mentionne que la documentation que j'ai pu trouver provient en grande partie de l'Europe, mais qu'il est surtout question de populations denses dans des zones géographiques restreintes. De fait, dans la documentation, on observe que la régionalisation, dans une zone comptant une population de moins de 1 million de personnes, n'est pas efficace. Comparez la situation avec celle de Terre-Neuve qui a une population de 500 000 habitants et six régions. La Saskatchewan est le pire exemple actuellement parce qu'elle compte 30 régions avec une population de 1 million de personnes.

Je me demande vraiment où la régionalisation nous amène et si nous ne devrions pas revenir à l'essentiel et reconsidérer nos objectifs.

En ce qui concerne les soins primaires, nous devons les restructurer. Le modèle actuel du médecin qui travaille dans sa propre pratique ne fonctionne pas. Cela fait augmenter les coûts. Nous devons en arriver à avoir des centres de santé complets, où l'on offre les services de divers spécialistes de la santé. En fait, je préférerais que la direction de ces centres soit confiée à une infirmière praticienne. Cette personne pourrait répartir les patients à leur arrivée au centre. Certains verraient le médecin, d'autres un travailleur social, d'autres encore un travailleur de la santé mentale.

Nous devons rééquilibrer le continuum de soins. Nous consacrons 95 p. 100 de nos efforts aux traitements. Nous nous préoccupons très peu de prévention et de mieux-être à une extrémité du système, et nous portons très peu d'attention au soutien à accorder aux gens avec dignité et à leur donner de bons soins palliatifs à l'autre extrémité. Il faut atteindre ces équilibres.

J'ai parlé de la personne responsable. Je crois que nous pouvons économiser beaucoup d'argent en surveillant activement l'utilisation que l'on fait des médicaments au Canada. C'est moi qui ai lancé l'utilisation de la base de données universelle sur les médicaments en Saskatchewan pour fins de recherche en 1983 et je connais assez bien les études sur l'utilisation des médicaments. Je crois fermement que si nous adoptons la technologie et que nous allions de l'avant dans ce domaine, nous pourrions réaliser des économies considérables.

In terms of research and evaluation, we should continue to increase funding for research. CIHR is a marvellous step forward, but it is still waiting for the allocation of further funds to move it towards \$1 billion dollars a year. Needless to say, researchers are quite anxious in these times of talk of money having to go into a security budget, which I recognize is important for the country, but one of the last places that money should come from is the research budget.

From the point of view of using research to formulate policy and practice, we need to train managers and senior professionals in government, and in other services, and the professionals themselves who are in practice, to use the research data that is forthcoming. There is currently quite a bit of research data out there that has not been used, and we can go on adding to that. Obviously, both policies and practice should be based on evidence.

From the point of view of technology, we must continue to develop systems. If we are going to have the ability to manage based on outcomes, we must collect information on those outcomes. If we move in that direction, I believe we can reduce costs by eliminating services that do not have good outcomes.

Finally, on technology and information systems — and you are right on in your brief — health researchers and others are finding it difficult to get together to make suggestions for amendments to the Privacy Act. One of the problems researchers are having is that Health Canada and CIHR, the two organizations that help to lead research, are not willing to criticize legislation put forward by another department of government. In fact, the CIHR document on PIPEDA — the Personal Information Protection and Electronic Documents Act — does not tell researchers what to do from the point of view of lobbying for change. It tells researchers what to do from the point of view of working within the act.

I am reading into your comments that you also believe that there needs to be some modification to the act, and I personally believe we need that to take away the threat from research.

Of course, the other voice, which is opposite to that, is that of the physicians, who are saying, "We want it even stronger," which is their way of showing the public that they are looking after their patients and their patients' privacy.

I shall just make a quick point in terms of health and human resources. I believe we have to work towards not only salary scales for professionals, including physicians who are on fee for service, but interprovincial salary scales. Currently in Canada, as you must have heard many times, the smaller provinces — Newfoundland, for example — are losing out to the bigger provinces and salaries are being ramped upwards by the bigger provinces.

Finally, from the point of view of population health, I note that Dr. Donovan will be talking strongly from this point of view so I will not say much. However, there needs to be an investment in prevention. There must be a national strategic social plan —

En ce qui a trait à la recherche et à l'évaluation, nous devrions continuer d'accroître les fonds destinés à la recherche. Les IRSC constituent une extraordinaire initiative, mais l'Institut attend toujours les subventions qui lui permettraient d'atteindre un budget de 1 milliard de dollars par année. Inutile de dire que les chercheurs sont très inquiets en ces temps où l'on discute des fonds destinés au budget de la sécurité, ce que je reconnais être important pour le pays, mais l'un des derniers secteurs que l'on devrait amputer à cet égard, c'est bien celui de la recherche.

Quant à utiliser la recherche pour formuler des politiques et des pratiques, nous devons former les gestionnaires et les spécialistes principaux du gouvernement et dans d'autres services, ainsi que les spécialistes de la santé eux-mêmes, à utiliser les données de recherche qui sont publiées. Il existe actuellement passablement de données de recherche qui ne sont pas utilisées et que nous pourrions continuer d'élargir. De toute évidence, et les politiques et les pratiques devraient être fondées sur l'expérience clinique.

Pour ce qui est de la technologie, nous devons continuer de développer les systèmes. Si nous voulons être capables de travailler en fonction des résultats, nous devons recueillir des renseignements sur ces résultats. Si nous allons dans ce sens, je crois que nous pouvons réduire les coûts en éliminant des services qui ne donnent pas de bons résultats.

Enfin, en ce qui a trait aux systèmes d'information et de technologie — et vous avez mis le doigt sur le problème dans votre mémoire — les chercheurs en santé, notamment, ont de la difficulté à s'entendre pour proposer des modifications à la Loi sur la protection des renseignements personnels. L'un des problèmes qu'éprouvent actuellement les chercheurs est que Santé Canada et les IRSC, les deux organisations qui orientent les travaux de recherche, ne sont pas disposés à critiquer une loi proposée par un autre ministère. En fait, le document des IRSC sur la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques n'informe pas les chercheurs sur la façon d'obtenir des changements. Il conseille aux chercheurs de respecter la Loi.

Je vois dans vos commentaires que vous croyez également qu'il faille modifier la Loi, et je pense personnellement que nous devons la modifier pour éliminer ce qui menace la recherche.

Bien sûr, la voix contraire, c'est celle des médecins qui disent: «Nous voulons une protection des renseignements plus sévère», ce qui est leur façon de montrer au public qu'ils s'occupent de leurs patients et de la protection des renseignements personnels de ces derniers.

J'aimerais simplement faire un bref commentaire sur les ressources humaines et les ressources en matière de santé. Je crois que nous devons nous intéresser non seulement aux échelles salariales des spécialistes, y compris les médecins qui sont payés à l'acte, mais aux échelles salariales interprovinciales. Actuellement au Canada, comme vous devez l'avoir entendu à maintes reprises, les petites provinces, comme Terre-Neuve, sont désavantagées au détriment des plus grosses provinces qui augmentent les salaires.

Enfin, je sais que la Dre Donovan mettra l'accent sur la santé des populations dans sa présentation, si bien que je limiterai mes commentaires. Cependant, il faut investir dans la prévention. Il faut adopter un plan social stratégique national — ce que nous



which we have; Newfoundland is the first province to develop a provincial strategic social plan. Newfoundland is having some difficulty implementing the plan, because of lack of resources, but it is heading in the right direction, in trying to empower communities to make them healthier and to make them economically more viable. From that point of view, we need to invest in our communities.

I just want to take 30 seconds to point out something in your folders. If you go past the first blue marker, you will see a graph, which is a graph for Newfoundland, but this is true for the whole country. I have plotted the increase per capita in health expenditures in constant 1992 dollars. That is the line with the squares. The decreasing percentage increase in life expectancy every five years — I apologize, I have cheated a little bit, the last point is only two years. What this tells me is that we continue to invest in treatment, but if we use the ultimate measure of outcome, that is, life expectancy, it is going down. In order to change life expectancy, we can prevent premature death, and to change premature death we must have disease prevention and health promotion.

Lastly, we have developed a way of putting data together by towns and communities in Newfoundland. The intent is to empower towns and communities to be able to see how they stand compared with the rest of the province. We have this simple bar chart — and I have given you two examples, but we can do this for many of the determinants of health. I have given you two examples, life expectancy and self-assessed health status in Clarenville, which happens to be in Dr. Donovan's health region. The second page of each one plots on the map of Newfoundland how the other communities are doing. This is our way of trying to get information out to communities, so that they can begin to take measures to improve their own health and see how they compare with the rest of the province.

**Dr. Catherine Donovan, Medical Officer of Health, Health and Community Services, Eastern Newfoundland:** Thank you for the opportunity to speak with you, and thank you, Dr. West, for setting up my presentation.

I will be speaking to you from the perspective of a public health practitioner, and in that role I am still acting as the principal investigator for the Newfoundland and Labrador Heart Health Program.

From that perspective, I will not address the treatment and care system — I think that has been done very well in the "Issues and Options" report — except to say that from a public health perspective, obviously, as a determinant of health, I am very supportive of a high-quality and accessible treatment and care system.

I will speak about population health and some of the issues in the report that have an impact on population health and the public health system that tries to address population health. I will also speak about the Canadian Heart Health Initiative, the CHHI, which is an extraordinary model of health promotion that has been

avons: Terre-Neuve est la première province à s'être dotée d'un tel plan. Terre-Neuve éprouve actuellement certaines difficultés à mettre ce plan en œuvre à cause du manque de ressources, mais elle se dirige dans la bonne direction, pour essayer de donner plus de pouvoirs aux collectivités afin de les rendre plus en santé et plus économiquement viables. De ce point de vue, nous devons investir dans nos collectivités.

J'aimerais prendre seulement 30 secondes pour signaler quelque chose dans notre dossier. Si vous allez après le premier marqueur bleu, vous verrez un graphique conçu pour Terre-Neuve, mais qui s'applique à tout le pays. J'ai établi l'augmentation par habitant en matière de dépenses de santé en dollars constants de 1992. C'est la ligne avec les carrés. Le pourcentage de diminution augmente au fur et à mesure que l'espérance de vie augmente tous les cinq ans. Je m'excuse, j'ai triché un peu, le dernier point de repère n'est que de deux ans. Mon interprétation est que nous continuons d'investir dans les traitements, mais que si nous utilisons l'ultime mesure du résultat, c'est-à-dire l'espérance de vie, les chiffres diminuent. Afin de changer l'espérance de vie, nous pouvons prévenir les décès prématurés et pour ce faire, nous devons avoir des programmes de promotion de la santé et de prévention des maladies.

Enfin, nous avons conçu une façon de réunir les données par villes et collectivités à Terre-Neuve. L'objectif est de permettre aux villes et aux collectivités de voir comment elles se comparent par rapport au reste de la province. Nous avons ce simple diagramme à barres — et je vous ai donné deux exemples, mais nous pouvons le faire pour de nombreux éléments déterminants de la santé. Ces deux exemples concernent l'espérance de vie et l'autoévaluation de la santé à Clarenville, qui se trouve dans la région de la Dre Donovan. La deuxième page de chacun indique, sur la carte de Terre-Neuve, le classement des autres collectivités. C'est notre façon d'essayer de leur donner de l'information afin qu'elles puissent commencer à prendre les mesures nécessaires pour améliorer leur propre santé et pour se comparer avec le reste de la province.

**Dre Catherine Donovan, médecin hygiéniste, Santé et services communautaires, est de Terre-Neuve:** Je vous remercie de l'occasion qui m'est offerte de vous parler et merci à vous, monsieur West, d'avoir ouvert la porte à ma présentation.

Je vous donnerai le point de vue d'un médecin praticien en santé publique, et à cet égard, j'agis toujours à titre de chercheuse principale pour le Programme de recherche sur la santé cardiovasculaire de Terre-Neuve et du Labrador.

Je ne parlerai pas du système de soins et de traitements — je pense que cela a été très bien fait dans le rapport «Questions et options» — sauf pour dire que du point de vue de la santé publique, je suis fortement en faveur d'un système de soins et de traitements de grande qualité et facilement accessibles, de toute évidence, un élément déterminant de la santé.

Je vais traiter de la santé des populations et de certains enjeux du rapport qui ont un impact sur cet aspect, et du système de santé publique qui cherche actuellement à trouver des solutions aux problèmes. Je soulignerai également l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire, qui est un modèle extraordinaire de

funded by Health Canada and is a good example of how we should be proceeding.

For the purposes of the discussion, when I talk about public health and public health services, I am referring to those services that promote health in the population. They include health promotion, disease and injury prevention, and health protection.

In the "Issues and Options" paper, you discuss a 21st century context, and I think it is important in considering the health system to look at the public health system somewhat differently than you look at the treatment and care system. There are certainly some unique issues and different approaches to the administration of public health than to the treatment and care system. There are also some issues around measures of consumer-centred quality that are distinctly different for public health, in that some of the things we do may not be perceived by individuals as in their best interest when they may be in the interest of public health. So when you are looking at the public health system, it needs to be looked at somewhat differently than the institutional care sector.

In terms of the federal role, not surprisingly, my paper does support what Dr. West has already said in terms of expanding the definition of "medically necessary" to include health promotion and protection services. I refer in my paper to a Centre for Disease Control Report called "An Ounce of Prevention," which does a very nice job of concisely documenting some of the economic savings that can be achieved by an investment in public health. Even though those are U.S. dollars, we could expect proportionately equivalent savings in Canada.

Health Canada has played an important role in funding innovative research and pilot projects. The Canadian Heart Health Initiative is an example of that. Health Canada has often funded projects that would not fit the standard protocols for traditional research, especially from either a methodological or a subject perspective. Hence, it is important for Health Canada to continue to take that leadership role, because there are some concerns, particularly in those of us based in the community, that CIHR may not be quite as receptive to that kind of innovative research and programming.

One of the failings of that program, however, is that we seldom follow through in terms of funding implementation of successful projects or implementing knowledge that has been acquired through the research.

Another role I see again is something Dr. West has mentioned in terms of evaluating health system changes. There has been an incredible amount of restructuring and reorganization, with very little evaluation. Others are jumping on the bandwagon without paying due attention to recent history or the experiences of other jurisdictions. From my colleagues in the public health sector across the country, there are anecdotal reports that the public

promotion de la santé financé par Santé Canada et qui est un bon exemple de la façon dont on devrait procéder.

Pour les fins de la discussion, quand je parle de santé publique et de services de santé publique, je fais référence aux services qui visent à promouvoir la santé au sein de la population, et cela inclut la promotion de la santé, la prévention des maladies et des blessures et la protection de la santé.

Dans le document «Questions et options», vous discutez d'un contexte du XXI<sup>e</sup> siècle et je crois qu'il est important, quand on examine le système de santé, d'examiner le système de santé publique de façon un peu différente de celle que l'on utilise pour examiner le système de traitements et de soins. Il y a certainement des enjeux particuliers et des approches différentes pour aborder l'administration de la santé publique comparativement au système de soins et de traitements. Il y a aussi des enjeux concernant les mesures de la qualité des services offerts aux consommateurs, mesures qui sont manifestement différentes pour évaluer la santé publique. En effet, les patients peuvent considérer que certaines de nos initiatives ne sont pas au mieux de leurs intérêts alors qu'elles sont peut-être au mieux des intérêts de la santé publique. Donc, quand on examine le système de santé publique, il faut le voir d'un point de vue un peu différent de celui du secteur des soins institutionnels.

Par rapport au rôle du gouvernement fédéral, il n'est pas étonnant que mon document appuie ce qu'a dit déjà M. West en ce qui a trait à l'élargissement de la définition de l'expression «médicalement nécessaire» pour inclure des services de protection et de promotion de la santé. Je mentionne dans mon document un rapport du Centre for Disease Control intitulé «An Ounce of Prevention», qui décrit de façon concise certaines des économies qui peuvent être réalisées grâce aux investissements dans la santé publique. Même si les chiffres sont en dollars américains, on pourrait s'attendre proportionnellement à des économies équivalentes au Canada.

Santé Canada joue un rôle important dans le financement de projets de recherche et de projets pilotes innovateurs. L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire en est un exemple. Santé Canada finance souvent des projets qui ne cadrent pas avec les protocoles standard de recherche traditionnelle, soit d'un point de vue méthodologique, soit d'un point de vue de fond. Et Santé Canada doit continuer de jouer ce rôle de leadership parce que, notamment, ceux d'entre nous qui travaillent dans la collectivité doutent que les IRSC soient aussi réceptifs à ce genre de recherche et de programmes innovateurs.

L'une des lacunes de ce programme, cependant, est que l'on poursuit rarement le financement d'excellents projets ou de la mise en pratique du savoir acquis grâce à la recherche.

Le gouvernement fédéral pourrait jouer un autre rôle, comme l'a décrit M. West, pour évaluer les changements à apporter au système de santé. Il s'est fait beaucoup de restructuration et de réorganisation, mais très peu d'évaluation. D'autres montent dans le train sans vraiment tenir compte de l'histoire et des expériences récentes d'autres provinces ou territoires. Mes collègues du secteur de la santé publique de tout le pays racontent des



health system is not fairing well in the rush to regionalization and integration.

Facilitating the dissemination of knowledge between jurisdictions is another important role for the federal government. Again, the Canadian Heart Health Initiative is an incredible example of how the federal government, Health Canada, has facilitated collaboration and cooperation between provinces.

The discussion of the health system infrastructure, in virtually any context, usually fails to discuss the public health infrastructure. We usually talk about clinical physicians, nurses in hospitals, treatment and care professionals, and the capital structures, but there is seldom talk about the public health infrastructure. There is definitely concern across the country about public health capacity. I would urge the committee, if at all possible, to get access to a report on the public health infrastructure that was prepared and delivered earlier this year to the Conference of Deputy Ministers of Health.

The public health system needs adequate resources to support the kind of innovative health promotion and protection programming that is going to have a long-term impact on health in Canada. Canada has always been very good at developing theory and approaches to the promotion of population health, but we have done relatively little to follow the path that earns us international recognition. We really are seen internationally as leaders in population health and health promotion. The "Issues and Options" paper does a very good job of recognizing population health, and clearly demonstrates that the committee has a full understanding of what that means. The options that are proposed in terms of addressing population health fall prey to what is often a problem in discussions about dealing with the population health issue, that is, a kind of inertia that comes about that "This is too big an issue, one we cannot do anything about it, so let's deal with what is easier to deal with, and that is to fix things after the fact."

While there are two proposals in there that I think are credible and should be followed through in terms of the federal government's own services around Aboriginal health, as well as trying to encourage intergovernmental collaboration and coordination, one option that is not there is building up the public health infrastructure through national standards, ensuring there is allocation of funding, enhancing health promotion programs, and ensuring that public health workers have the capacity to support the community action that is possible out there and is happening. In medicine, if a physician failed to prescribe an adequate dose of medication, he or she would be liable for the adverse effects on the patient; yet our health system invariably fails to provide the preventive dose that we know can save lives and improve health.

anecdotes indiquant que le système de santé publique ne se porte pas tellement bien dans cette ruée vers la régionalisation et l'intégration.

Faciliter la diffusion du savoir entre les provinces et territoires est un autre rôle important que pourrait jouer le gouvernement fédéral. Là encore, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire est un exemple incroyable de la façon dont le gouvernement fédéral, soit Santé Canada, a facilité la collaboration et la coopération entre les provinces.

Les études de l'infrastructure du système de santé, dans presque tous les contextes, passent habituellement sous silence l'infrastructure de la santé publique. On parle habituellement de médecins dans leurs cliniques, d'infirmières dans les hôpitaux, de spécialistes des soins et des traitements, des structures d'immobilisations, mais il est rarement question de l'infrastructure de la santé publique. Les gens sont certainement inquiets dans tout le pays à ce sujet. J'exhorte le comité, dans toute la mesure du possible, à mettre la main sur un rapport sur l'infrastructure de la santé publique rédigé et publié au début de l'année pour la Conférence des sous-ministres de la Santé.

Le système de santé publique a besoin de ressources adéquates pour appuyer le type de programmes de protection et de promotion de la santé innovateurs qui auront un impact à long terme sur la santé au Canada. Le Canada a toujours excellé dans l'élaboration de théories et d'approches en matière de promotion de la santé des populations, mais nous avons fait relativement peu pour suivre la voie qui nous mérite une reconnaissance internationale. Sur la scène internationale, nous sommes réellement perçus comme des leaders au chapitre de la promotion de la santé et de la santé des populations. Les auteurs du rapport «Questions et options» font un très bon travail pour reconnaître la santé des populations et démontrent clairement que le comité comprend très bien les enjeux. Les options proposées pour trouver des solutions aux problèmes de santé des populations sont la proie de ce qui est souvent un problème dans les discussions portant sur la santé des populations, c'est-à-dire un type d'inertie qui peut s'exprimer par la réaction suivante: «Le problème est trop gros, on ne peut rien faire, alors allons au plus court, et réparons les choses après coup.»

Bien que le rapport renferme deux propositions qui, à mon avis, sont valables et devraient faire l'objet d'un suivi, soit les propres services du gouvernement fédéral concernant la santé des Autochtones et l'effort pour essayer d'encourager la collaboration et la coopération intergouvernementales, une option n'est pas mentionnée. Il s'agit de renforcer l'infrastructure de la santé publique grâce à des normes nationales, de s'assurer que l'on a les fonds nécessaires, d'améliorer les programmes de promotion de la santé et de faire en sorte que les travailleurs de la santé publique aient la capacité d'appuyer les actions communautaires qui sont possibles et qui se produisent effectivement. En médecine, si un médecin a omis de prescrire une dose adéquate d'un médicament, il est tenu responsable des effets néfastes sur le patient; pourtant, notre système de santé omet invariablement de fournir la dose préventive qui, nous le savons, peut sauver des vies et améliorer la santé.

The Canadian Heart Health Initiative is a good example of a program that has all of the features that are key to successful health promotion interventions. It has a multi-factorial focus, includes multiple approaches and involves intersectorial collaboration and community action. It started with a sound evidence base. Surveys were done across the country on heart health and risk behaviours. It has created the largest database in the world around risk behaviours. Building upon the knowledge that was acquired through the surveys, demonstration research projects were developed, and now the Canadian Heart Health Initiative is into dissemination project phase. Though each province was distinct and developed its own programming, there has always been significant collaboration and sharing of knowledge and information between all of the provinces.

In terms of its success, it is relatively early to look at outcomes in terms of changing the mortality from cardiovascular disease. However, for an investment of less than \$10 million in the demonstration phase, there were over 700 events across this country that reached almost 2 million participants. There were 1,400 contributors, in addition to Health Canada; these included provincial governments, universities, NGOs and volunteer organizations. The initial investment of \$10 million resulted in a total investment at the end of the demonstration phase of \$33 million.

The Newfoundland and Labrador Heart Health Program is one of the most successful heart health projects of the initiative. We have reached into every area of the province, with community participation and heart infrastructure involvement and sustainability. The demonstration phase of this project, which ended in 1996, showed a substantially increased and sustained heart health activity and increased capacity for health promotion throughout the province. A 1996 survey showed that 175,000 people in the province knew of the project and that 60,000 had actually participated in community-based heart health activities. In the dissemination phase, which began in 1998 and is still in process, there have been over 300 heart health activities, with 1,600 participants and involving 500 volunteers. Most recently, the Newfoundland and Labrador Heart Health Program has taken the lead role in developing provincial health promotion and disease prevention strategy for type-2 diabetes, another critical national issue.

The story of the Newfoundland and Labrador Heart Health Program is a phenomenal one because of the enthusiasm and the sustained heart health promoting activity with very little investment. At the end of 2003, however, the federal funding comes to an end. Although I do not have any doubt that we will sustain some activity, it is becoming increasingly difficult to get the commitment of public health workers because of the growing

L'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire est un bon exemple de programme qui contient toutes les caractéristiques essentielles au succès des interventions en matière de promotion de la santé. Cette initiative comprend plusieurs facettes, inclut des approches multiples et implique la collaboration intersectorielle et l'action communautaire. Elle repose sur une solide expérience clinique. Des sondages ont été effectués dans tout le pays sur la santé cardiovasculaire et les comportements à risque. On a créé la plus grande base de données au monde sur les comportements à risque. Tablant sur les connaissances acquises par les sondages, des projets de recherche ont été mis au point et maintenant, l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire en est à l'étape de la diffusion. Même si chaque province travaillait indépendamment et élaborait son propre programme, il y a toujours eu beaucoup de collaboration et de transmission de savoir et de renseignements entre toutes les provinces.

Il est relativement tôt pour évaluer le succès de l'Initiative, examiner les résultats et voir si cela a changé la mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires. Cependant, pour un investissement de moins de 10 millions de dollars à la phase de démonstration, on a assisté à plus de 700 événements dans tout le pays qui ont permis de joindre presque 2 millions de participants. Il y a eu 1 400 contributeurs, en plus de Santé Canada, notamment les gouvernements provinciaux, les universités, les ONG et les organismes bénévoles. L'investissement initial de 10 millions de dollars s'est traduit par un investissement total, à la fin de la phase de démonstration, d'une valeur de 33 millions de dollars.

Le Programme de recherches sur la santé cardiovasculaire de Terre-Neuve et du Labrador est l'un des projets de santé cardiovasculaire ayant connu le plus de succès. Nous avons joint toutes les régions de la province, les collectivités ont participé, on s'est également intéressé à la viabilité de l'infrastructure cardiovasculaire. La phase de démonstration de ce projet, qui a pris fin en 1996, a permis de constater une augmentation considérable et soutenue de l'activité dans le domaine cardiovasculaire ainsi qu'une capacité de promotion de la santé dans toute la province. Un sondage réalisé en 1996 indiquait que 175 000 personnes dans la province connaissaient le projet et que 60 000 d'entre elles avaient effectivement participé à des activités concernant la santé cardiovasculaire dans les collectivités. À la phase de diffusion, qui a commencé en 1998 et qui n'est pas encore terminée, il y a eu plus de 300 activités touchant la santé cardiovasculaire, activités auxquelles 1 600 personnes ont participé et qui impliquaient 500 bénévoles. Plus récemment, le Programme de recherches sur la santé cardiovasculaire de Terre-Neuve et du Labrador a joué un rôle clé dans l'élaboration d'une stratégie provinciale de prévention des maladies et de promotion de la santé pour le diabète gras, un autre enjeu national important.

L'histoire du Programme de recherches sur la santé cardiovasculaire de Terre-Neuve et du Labrador est phénoménale en raison de l'enthousiasme et des activités constantes de promotion de la santé cardiovasculaire nécessitant très peu d'investissement. À la fin de 2003, cependant, le financement fédéral prendra fin. Même si je n'ai aucun doute que nous allons poursuivre certaines activités, il devient de plus en plus difficile d'obtenir l'engage-



demand for treatment and care in the community. Hence, the shift to community has not really meant a shift to health promotion in the community. What it has meant is a shift to treatment and care in the community.

The model of the Canadian Heart Health Initiative can be applied to most chronic disease prevention activities and to other population health initiatives. We do not have the resources in this country to ignore our successes. The federal government should be encouraged to use the knowledge and capacity it has developed through this initiative to develop resources and facilitate the implementation of a national health promotion strategy.

My recommendations are included in my paper. As you can see, they focus on evaluation, building on the knowledge and successes that we have and supporting the public health infrastructure, to develop the capacity and a national strategy to promote health of Canadians.

**Ms Marlene Bayers, Regional Manager (Newfoundland and Labrador), Weight Watchers:** Thank you for the opportunity to be here today.

Our company is an international privately owned company founded in 1963. We have been operating Weight Watchers in Newfoundland for 29 years now. Presently, we have 2,000 members attending 40 meetings weekly. Where we see an effect is in the prevention of so many illnesses and diseases associated with being obese and overweight.

We operate throughout many rural and urban areas in Newfoundland, conducting private meetings with our members. We use a nationally certified weigh scale that weighs up to 440 pounds, and we are seeing more and more members who need the use of those scales.

With obesity and weight-related illnesses reaching an all time high in this province, we find our services even more in demand. We are seeing good success in our members. Weight Watchers members lose weight by learning how to eat sensibly. We focus on the serving size as well as the nutritional makeup of the food. Our eating plan is practically applied to meet anyone's needs. We also provide the learning for living in the real world. People can still eat out, and they are educated about the benefits of adding physical activity as well as making choices that will support the long-term effectiveness of doing this.

We offer group support in our meetings. Group support has been the real cornerstone of this program. Hence, it is not just a matter of losing weight, gaining weight, coming back, that old cycle that has been around for a long time. Our members are encouraged to participate in the learning of changing those habits long term. We offer Weight Watchers tools for living, which are

ment des travailleurs de la santé publique en raison de la demande croissante de traitements et de soins dans la collectivité. Le transfert vers les collectivités ne s'est donc pas réellement traduit par un transfert en matière de promotion de la santé dans les collectivités. Ce à quoi on a assisté, c'est à un transfert vers un système de traitements et de soins dans la collectivité.

Le modèle de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire peut être appliqué à la plupart des activités de prévention des maladies chroniques et à d'autres initiatives en matière de santé des populations. Nous n'avons pas les ressources au Canada pour faire fi de nos succès. On devrait encourager le gouvernement fédéral à utiliser les connaissances et la capacité qu'il a obtenues grâce à cette initiative pour concevoir des ressources et faciliter la mise en œuvre d'une stratégie nationale en matière de promotion de la santé.

Mes recommandations sont incluses dans mon document. Comme vous pouvez le voir, elles portent sur l'évaluation, en tablant sur le savoir et les succès que nous avons et en supportant l'infrastructure de la santé publique pour développer des capacités et procéder à l'élaboration d'une stratégie nationale de promotion de la santé des Canadiens et des Canadiennes.

**Mme Marlene Bayers, directrice régionale (Terre-Neuve et Labrador), Weight Watchers:** Je vous remercie de me donner l'occasion d'être ici aujourd'hui.

Notre société est une société privée internationale fondée en 1963. Nous exploitons Weight Watchers à Terre-Neuve depuis maintenant 29 ans. Actuellement, nous comptons 2 000 membres qui assistent à 40 réunions par semaine. Nous constatons un effet dans la prévention de tant de maladies associées à l'obésité et à l'excédent de poids.

Nous sommes présents dans de nombreuses régions rurales et urbaines de Terre-Neuve, nous y tenons des réunions privées avec nos membres. Nous utilisons un pese-personne accrédité à l'échelle nationale qui peut aller jusqu'à un poids maximal de 440 livres, et il y a de plus en plus de nos membres qui ont besoin de tels pese-personne.

L'obésité et les maladies reliées à l'obésité ayant atteint un sommet dans la province, nos services sont encore plus en demande et nous observons de bons succès chez nos membres. Les membres de Weight Watchers perdent du poids en apprenant à se nourrir de façon intelligente. Nous nous concentrons sur les portions de même que sur l'apport nutritionnel des aliments. Notre plan de consommation s'applique pratiquement aux besoins de tout le monde. Nous donnons également des conseils pour vivre dans le monde réel. Les gens peuvent toujours aller au restaurant, on les informe sur les avantages de faire de l'activité physique et de prendre des décisions qui leur feront bénéficier de cette activité pendant des années.

Nous offrons du soutien de groupe lors de nos réunions. Le soutien des groupes est véritablement la pierre angulaire de ce programme. Il n'est pas seulement question de perdre du poids, de gagner du poids, de revenir, le vieux cycle qui existe depuis longtemps. Nos membres sont encouragés à participer à l'apprentissage du changement des habitudes à long terme. Nous offrons

based on neurolinguistic programming and are very effective in dealing with weight loss obstacles.

We make Weight Watchers as accessible to as many people as possible. We are located in the workplace as well as many of the rural communities and cities throughout Newfoundland and Labrador.

In targeting obesity in Newfoundland, we have established a relationship with many of our doctors. We send out regular mailings to our doctors. When a doctor refers his or her patient to Weight Watchers, we waive the registration fee for that person.

We use the body mass index goals as a recommended weight target. Obesity experts now recommend that those who need to lose weight begin with an initial goal of losing 10 per cent of their present weight. This weight loss is achievable and can yield significant health benefits. Weight Watchers has adopted the 10 per cent difference as an enhancement to our program. Research has shown that simply losing 10 per cent of one's body weight will result in immediate improvements in areas such as regulating blood pressure, lowering blood cholesterol and lowering the risk for diseases such as diabetes and some forms of cancer.

Members no longer come to Weight Watchers exclusively for cosmetic reasons. The many health benefits to losing weight are varied and tangible. We have many members who have shown health improvement. One of our members has reduced the daily amount of insulin she uses by half; another is no longer required to take blood pressure medication at all. Many of our members have found relief from backaches, fatigue, sleeplessness, indigestion, and leg pains.

I have a couple of specific examples a little bit closer to home. One young man who lives in Clarendville has just lost 90 pounds with the help of Weight Watchers. Before joining, this young man experienced sleep apnoea. He slept sitting up. He snored heavily, and suffered from elevated blood pressure and chronic back pain. He is now free from all these ailments. He still has over 100 pounds to lose, but he feels wonderful.

Another member, who lives near the St. John's area, has been hospitalized because of very high cholesterol and a heart problem. She has a family history of heart disease and her doctor was concerned about her health. This woman had tried numerous medications and diets without success. In a meeting with the hospital dietician, who had run out of suggestions for her, the dietician whispered to the woman confidentially that what she needed was to join Weight Watchers. They did not know what else to do for her. She came to us with a blood cholesterol count of 9.7, which was high for her age. After 10 weeks, her blood cholesterol dropped by 2.9, and she is entirely free of medication at this time.

des outils Weight Watchers pour mieux vivre, des outils qui sont basés sur des programmes neurolinguistiques et qui sont très efficaces pour vaincre les obstacles qui empêchent la perte de poids.

Nous faisons en sorte que Weight Watchers soit accessible au plus grand nombre de personnes possible. Nous sommes sur les lieux de travail de même que dans nombre de collectivités rurales et urbaines de Terre-Neuve et du Labrador.

En ciblant l'obésité à Terre-Neuve, nous avons établi une relation avec nombre de nos médecins. Nous expédions des envois postaux réguliers à nos médecins. Lorsqu'un médecin renvoie son patient ou sa patiente à Weight Watchers, nous dispensons la personne des frais d'inscription.

Nous utilisons l'indice de masse corporelle comme cible de poids recommandé. Les spécialistes en obésité recommandent maintenant que ceux qui doivent perdre du poids commencent par se fixer un but initial de 10 p. 100 de leur poids actuel. Cette perte de poids est réalisable et peut amener d'importants avantages en matière de santé. Weight Watchers a adopté la différence de 10 p. 100 comme mesure incitative de son programme. La recherche montre qu'en perdant simplement 10 p. 100 de son poids, cela produira des améliorations immédiates dans des domaines comme la régulation de la pression sanguine, l'abaissement du cholestérol et des risques de maladies comme le diabète et certaines formes de cancer.

Les membres ne viennent plus chez Weight Watchers exclusivement pour des raisons esthétiques. Les nombreux avantages pour la santé que représente la perte de poids sont variés et tangibles. Beaucoup de nos membres ont vu leur santé s'améliorer. L'une de nos membres a réduit sa quantité quotidienne d'insuline de moitié; un autre n'a plus besoin de prendre de médicaments contre l'hypertension. Nombre de nos membres se sont débarrassés de leurs maux de dos, de leur fatigue, de leur insomnie, de leurs indigestions et de leurs douleurs aux jambes.

J'aimerais vous faire part de quelques exemples spécifiques plus près de nous. Un jeune homme de Clarendville a perdu 90 livres avec l'aide de Weight Watchers. Avant de venir chez nous, ce jeune homme faisait de l'apnée du sommeil. Il dormait debout. Il ronflait beaucoup et souffrait d'une hypertension élevée et de douleurs chroniques au dos. Il est maintenant libéré de tous ces problèmes. Il doit encore perdre plus de 100 livres, mais il se sent merveilleusement en forme.

Une autre membre, qui vit près de la région de St. John's, a été hospitalisée à cause de son cholestérol très élevé et de problèmes cardiaques. Elle a des antécédents familiaux de maladie cardiaque et son médecin était inquiet de sa santé. Cette femme avait essayé de nombreux médicaments et de nombreux régimes sans succès. La diététicienne de l'hôpital, qui ne savait plus quoi lui suggérer, a dit à cette femme en toute confidentialité qu'elle devrait se joindre à Weight Watchers. On ne savait plus quoi faire d'autre pour elle. Lorsqu'elle est venue nous voir, elle avait un taux de cholestérol de 9,7, ce qui était élevé pour son âge. Après 10 semaines, son cholestérol avait diminué de 2,9 et elle ne prend plus aucun médicament maintenant.



All of these accomplishments are enhanced for our members because of the learning that led to them. It is through informing and educating that we are going to make a real difference in improving the health of Newfoundlanders — and we see our role as one of educating.

I have a number of references here that outline the benefits of losing just 10 per cent body weight. The *Journal of the American Medical Association* points out that, after smoking, obesity is the second-leading cause of preventable death. The NIH report on obesity clinical guidelines says this about obesity: "Obesity substantially increases one's risk of developing many chronic conditions, such as high blood pressure, type-2 diabetes, heart disease, stroke, gall bladder disease, cancer of the breast, prostate and colon, liver disease, lower back pain, sleep apnoea, stroke, and urinary incontinence."

There are a couple of other references to obesity in my written presentation.

We are seeing a number of younger people who are not necessarily obese join Weight Watchers to learn the principles of good eating, to stop the problem before it gets out of hand.

Weight Watchers has been proactive in getting nutritional information out to our members. Until nutritional labelling becomes mandatory in Canada, this does remain difficult. We want to know what we are putting in our bodies, and this is a challenge without having the details on labels. I have been told by one food manufacturer here in the area that he will not reveal to us what goes in the packaging in terms of fat-calorie content because he is afraid that our members, in particular, will not purchase it. It causes me great concern not to know what we are eating.

In the U.S., a recent change in the IRS guidelines for 2001 allows taxpayers to deduct the cost of a weight-loss program such as Weight Watchers when it is prescribed by a doctor to treat an existing disease. Taxpayers can also subtract the cost of participating in a weight-loss program to maintain healthy weight to treat a medical condition after weight loss. Further, the expense can be deducted even if the treatment proves unsuccessful.

The IRS has issued a publication on medical and dental expenses for use in preparing tax returns. In that publication, it states as follows: "You can include in medical expenses the cost of a weight loss program undertaken at a physician's direction to treat an existing disease (such as heart disease). But you cannot include the cost of a weight-loss program if the purpose of weight control is to maintain your general good health." I would like to see that used in the direction of maintaining good health.

According to the American Obesity Association, annual health care costs for treating diseases caused by obesity is estimated at approximately \$100 billion, as about 60 per cent of U.S. youth

Toutes ces réalisations sont mises en valeur pour nos membres en raison de l'apprentissage qui les a amenés vers cela. C'est grâce à l'information et à l'éducation que nous pouvons faire une véritable différence pour améliorer la santé des Terre-Neuviens — et c'est ainsi que nous voyons notre rôle.

J'ai ici quelques références qui soulignent les avantages de perdre seulement 10 p. 100 de son poids corporel. Le *Journal of the American Medical Association* fait remarquer qu'après le tabagisme, l'obésité est la deuxième cause en importance des décès évitables. Le rapport du NIH sur les lignes directrices concernant l'obésité clinique dit ceci au sujet de l'obésité: «L'obésité augmente considérablement le risque de développer de nombreuses maladies chroniques comme l'hypertension, le diabète gras, les maladies cardiovasculaires, les ACV, les maladies de la vésicule biliaire, le cancer du sein, de la prostate et du côlon, les maladies du foie, des douleurs au dos, l'apnée du sommeil et l'incontinence urinaire.»

Mon mémoire renferme quelques autres références sur l'obésité.

Nous voyons un certain nombre de jeunes gens qui ne sont pas nécessairement obèses se joindre à Weight Watchers pour s'informer sur les principes d'une bonne alimentation, pour stopper le problème avant qu'il ne devienne incontrôlable.

Weight Watchers joue un rôle proactif pour donner de l'information nutritionnelle à nos membres. Tant que l'étiquetage des éléments nutritionnels ne sera pas obligatoire au Canada, cela demeure difficile. Nous voulons savoir ce que nous injectons dans nos corps, et c'est là un défi si l'on n'a pas les détails sur les étiquettes. Un fabricant d'aliments de la région m'a dit qu'il ne nous révélera pas le contenu en calories de certains produits parce qu'il a peur que nos membres, en particulier, n'achètent pas son produit. Cela m'inquiète beaucoup de ne pas savoir ce que nous mangeons.

Aux États-Unis, un changement récent apporté aux lignes directrices IRS pour 2001 permet aux contribuables de déduire le coût d'un programme de perte de poids comme Weight Watchers lorsqu'il est prescrit par un médecin pour traiter une maladie. Les contribuables peuvent également déduire le coût de leur participation à un programme de perte de poids pour maintenir une bonne santé afin de traiter une maladie après une perte de poids. En outre, la dépense peut être déduite même si le traitement ne réussit pas.

L'IRS a produit une publication sur les frais médicaux et dentaires à utiliser pour la déclaration de revenus, qui spécifie ceci: «Vous pouvez inclure dans les frais médicaux le coût d'un programme de perte de poids entrepris à la demande du médecin pour traiter une maladie existante (comme une maladie cardiaque). Mais vous ne pouvez inclure le coût d'un programme de perte de poids si l'objectif de ce programme est de maintenir votre santé en général.» J'aimerais bien que les dépenses pour le maintien de la santé fassent partie des déductions.

Selon l'American Obesity Association, les coûts de santé annuels pour le traitement des maladies causées par l'obésité sont évalués à quelque 100 milliards de dollars, car environ 60 p. 100

and adults are overweight or obese, a figure that has nearly doubled in the past two decades.

Weight Watchers does represent one of the most cost-effective and widely available weight-loss programs. Research shows that people who go to Weight Watchers meetings are more likely to lose weight than people who try to lose weight on their own.

Weight Watchers will continue to offer the most up-to-date information in an affordable and accessible manner to as many people as possible.

In summary, some of the things that we would like to see would be more information on labelling, tax and health insurance benefits for our members to gain health improvements, as well as maintain their good health, and accountability of so-called weight-loss organizations and products.

**The Chairman:** Ms Bayers, I am surprised. I thought mandatory labelling existed in this country. Goodness knows, when we go to the grocery store, we are always looking to see how much fat is in a product.

Is there no such thing as mandatory labelling in Canada?

**Ms Bayers:** It is coming. I believe all manufactures will be doing it by next year.

**The Chairman:** And it is a national rule, not a provincial rule?

**Ms Bayers:** That is correct. It is not there yet.

**The Chairman:** That surprises me.

Dr. Donovan, I have a couple of questions. The report on the public health infrastructure was done for the Conference of Deputy Ministers of Health; correct?

**Dr. Donovan:** Yes, that is my understanding.

**The Chairman:** You have seen it?

**Dr. Donovan:** I have not seen it. No one has seen it.

**The Chairman:** I see. It is a secret document. Usually, secret documents are the easiest to get hold of.

I was intrigued by your first recommendation, where you say we have to use caution in making recommendations that may affect the public health system, on the one hand, and the treatment system on the other, and might affect them, as you put it, indiscriminately. I am trying to think of an instance that meets that test. Can you give me an example?

**Dr. Donovan:** One of the things is the rush to integration in terms of the structures, the integration of the acute care-chronic care institutional sector with the public health system. Let me give you an example from my own province. In the community health system, when this was developed as a regional structure, it was identified as a way to ensure that there would be more community services.

**The Chairman:** When you talk about the public health system, what services are you talking about? When you talk about

des jeunes et des adultes américains ont un excédent de poids ou sont obèses, chiffre qui a pratiquement doublé au cours des deux dernières décennies.

Weight Watchers offre effectivement l'un des programmes de perte de poids les plus efficaces et les plus facilement accessibles. La recherche indique que les gens qui vont aux réunions de Weight Watchers sont plus susceptibles de perdre du poids que des gens qui essaient de le faire seuls.

Weight Watchers continuera d'offrir l'information la plus à jour de façon abordable et accessible et au plus grand nombre de gens possible.

En résumé nous aimerions voir, notamment, une meilleure information sur les étiquettes, des avantages au chapitre de l'assurance-santé et des impôts pour nos membres qui améliorent et qui maintiennent leur santé, et que les prétendues organisations et produits de perte de poids engagent leur responsabilité.

**Le président:** Madame Bayers, je suis surpris. Je croyais que l'étiquetage était obligatoire au Canada. Dieu sait, lorsqu'on va à l'épicerie, que nous cherchons toujours à voir combien de gras il y a dans un produit.

L'étiquetage n'est-il pas obligatoire au Canada?

**Mme Bayers:** Cela s'en vient. Je crois que tous les fabricants s'y soumettront l'an prochain.

**Le président:** Et c'est une règle nationale et non provinciale?

**Mme Bayers:** C'est exact, mais on n'en est pas encore là.

**Le président:** Cela me surprend.

Docteure Donovan, j'aimerais vous poser quelques questions. Le rapport sur l'infrastructure de la santé publique a été conçu pour la Conférence des sous-ministres de la Santé, n'est-ce pas?

**Dre Donovan:** Oui, je crois.

**Le président:** Vous en avez pris connaissance?

**Dre Donovan:** Pas encore, personne ne l'a vu.

**Le président:** Je vois. C'est un document secret. Habituellement, les documents secrets sont les plus faciles à obtenir.

Votre première recommandation m'a intrigué. Vous dites que nous devons faire preuve de prudence pour formuler des recommandations qui peuvent avoir des répercussions sur le système de santé publique, d'une part, et sur le système de traitements d'autre part, et qui pourraient toucher tout le monde, comme vous le dites. J'essaie de penser à un cas. Pouvez-vous me donner un exemple?

**Dre Donovan:** Par exemple, la ruée vers l'intégration en ce qui a trait aux structures, l'intégration des soins chroniques au système de santé publique dans les établissements. Permettez-moi de vous donner un exemple dans ma propre province. Dans le système de santé communautaire, lorsqu'on en a fait une structure régionale, on a dit que c'était un moyen de s'assurer qu'il y aurait plus de services offerts aux collectivités.

**Le président:** Quand vous évoquez le système de santé publique, de quels services parlez-vous? Quand vous évoquez les



community services, what services are you talking about? Just give me some examples of what is in and what is out.

**Dr. Donovan:** The public health system includes things like health promotion, health education, advocacy, all of those kinds of things.

**The Chairman:** What we have referred to as population health: correct?

**Dr. Donovan:** Yes. It also includes health protection services, environmental health, communicable disease control, those kinds of things.

The community health sector is much broader. It includes home care, continuing care services, all of those kinds of services.

**The Chairman:** But not acute care services?

**Dr. Donovan:** Not acute care services — excuse me, acute care possibly in the context of home care. Home care may be subsequent to acute care.

In this province, we have a health and community services structure. We have three types of boards. We have health and community services boards, which include community health services and what would be traditionally known as social services, child welfare, those kinds of things. We have institutional boards, which look after acute care and chronic care facilities.

We also two integrated boards — they include public and community health services and institutional services — and those two boards are in the north and in Labrador. They were created by virtue of their size.

In the province, the care services — home care, continuing care, the home support services — have expanded exponentially. In many respects, public health nursing services are often in conflict with health promotion programming, particularly when you have the same service provider. It is difficult for an individual service provider, such as a public health nurse, who also has to do health promotion programming, to say no to a patient who needs acute care services. That is my concern.

**The Chairman:** Dr. West, with respect to your comment on the Privacy Act, as you know, we are in the same court that you are. For your information, I am modestly optimistic that a resolution is going to be found, short of having to amend the act. It appears, so I was told last week, that the various and sundry parties, including CIHR, are close to reaching an agreement, including the CMA, on guideline interpretations of some parts of the act. We are not there yet, but we are close.

**Dr. West:** Thank you for that reassurance. I will feel more comfortable, as I say in my report, when we have had a couple of cases go before the Privacy Commissioner.

services communautaires, de quels services parlez-vous? Donnez-moi seulement quelques exemples de ce que vous incluez là-dedans et de ce que vous excluez.

**Dr. Donovan:** Le système de santé publique inclut des choses comme la promotion de la santé, l'éducation, la défense des droits, tout cela.

**Le président:** Ce que l'on a appelé la santé des populations, n'est-ce pas?

**Dr. Donovan:** Oui. Cela inclut également les services de protection de la santé, la santé environnementale, le contrôle des maladies transmissibles, tout cela.

Le secteur de la santé communautaire est beaucoup plus large. Il englobe les soins à domicile, les services de soins continus, et cetera.

**Le président:** Mais pas les soins de courte durée?

**Dr. Donovan:** Non, pas les soins de courte durée, excusez-moi, les soins de courte durée peut-être dans le contexte des soins à domicile. Les soins à domicile peuvent être nécessaires après les soins de courte durée.

Dans notre province, nous avons une structure de services de santé et de services communautaires. Nous avons trois types de commissions. Nous avons la commission de la santé et des services communautaires, qui comprend les services de santé communautaire et ce que l'on connaît traditionnellement comme étant les services sociaux, l'aide à l'enfance, et ainsi de suite. Nous avons des conseils d'établissement, qui s'occupent des établissements de soins chroniques et de courte durée.

Nous avons aussi deux commissions intégrées qui réunissent les services de santé publique et de santé communautaire et les services institutionnels — et ces deux commissions sont dans le Nord et au Labrador. Elles ont été créées pour l'ampleur de leurs responsabilités.

Dans la province, les services de soins — soins à domicile, soins continus, services d'aide au foyer — ont augmenté de façon exponentielle. À maints égards, les services de nursing en matière de santé publique sont souvent en conflit avec les programmes de promotion de la santé surtout lorsque le service est offert par le même fournisseur. C'est difficile pour un fournisseur de services individuels, comme une infirmière de santé publique, qui doit aussi faire de la promotion de la santé de dire non à un patient qui a besoin de soins de courte durée. C'est ce qui m'inquiète.

**Le président:** Monsieur West, en ce qui concerne votre commentaire sur la Loi sur la protection des renseignements personnels, comme vous le savez, nous sommes dans le même camp. Je dois vous dire que je suis modestement optimiste quant à la possibilité de trouver une solution, sans avoir à modifier la Loi. Il semble, comme on m'a dit la semaine dernière, que les diverses parties, y compris les IRSC, sont sur le point de conclure une entente, y compris l'AMC, sur l'interprétation des lignes directrices de certaines parties de la Loi. Nous n'en sommes pas encore là, mais pas loin.

**M. West:** Merci de me rassurer. Je vais me sentir plus à l'aise, comme je l'ai dit dans mon rapport, lorsque nous aurons soumis quelques cas au commissaire à la protection de la vie privée.

**The Chairman:** On that score, I should tell you that he is part of the group that is attempting to resolve the problem.

I now want to get to the issue that you raise in your opening paragraph. Essentially, here is why our report and some of the things you said differ. As you point out, in order to make the system sustainable, it will require a significant shift in what you call a paradigm — which in turns really means that there will need to be a significant change, as one of the earlier witnesses put it, both in terms of how providers behave and how patients behave.

I think we would agree, by the way, that if those things were possible there might not be a need for new sources of funds. Where we part company is our relative degrees of optimism, I think.

Those of us on the committee are inclined to say that it would be absolutely wonderful if your future came true, but we need to do some planning in case your future does not come true. As you point out, if your future does not come true, then we really need to do something. While that may seem like a very minor point of difference, it is a significant point of difference in terms of the issues that get debated, because to the extent that we do not need to make any fundamental change a lot of the things that are in the report are off the table.

I think our view is that if you are planning for the future you ought to plan not for the most optimistic scenario but for one that is, at least, semi-pessimistic, so that you are prepared to handle it if it works out. It is purely a judgment call.

My question to you is this: How can we be as confident as you are about this? We would love to be, but are not.

**Dr. West:** I completely agree with you. What I have put in my submission could be termed as a vision for the future. As you know, a vision is something that is almost out of reach, but not quite. It is unrealistic if it is totally out of reach.

I do agree with you that to bring it about we will need a 1962-type change. I believe that the major issue is the power in the system of the physician. I personally do not believe that that will change unless we legislate change, as Tommy Douglas had to legislate change in 1962.

That is partly why I suggest that we may want to pull back from regionalization, which, as you have heard from Dr. Donovan, is different in different provinces, and we are not sure what it is doing. Let me put it this way: In tough times, businesses pull back to the core and cut off things at the periphery.

We are going to run the system based on priority and need rather than on numbers of services, we may need to pull back to the core, that is, pull back the management of the system to Departments of Health so that policies can be set based on priority and need. If necessary, legislation can be used to legislate such things as comprehensive health centres.

**The Chairman:** Which is what we have called primary care reform.

**Le président:** À cet égard, je dois vous dire qu'il fait partie du groupe qui tente de résoudre le problème.

J'aimerais maintenant aborder le problème que vous soulevez dans votre premier paragraphe. Essentiellement, voici pourquoi notre rapport et certaines des choses que vous avez dites diffèrent. Comme vous le faites remarquer, pour que le système soit viable, il faudra des changements considérables dans ce que vous appelez un paradigme — ce qui, en retour, veut véritablement dire qu'il faudra un changement significatif, comme l'a dit un des témoins antérieurs, en ce qui a trait au comportement des fournisseurs et des patients.

Au fait, si c'était possible, je pense que nous conviendrions qu'on n'a peut-être pas besoin de nouvelles sources de financement. Je crois que seul notre degré d'optimisme diffère.

Les membres du comité se réjouiraient si vos prévisions se réalisaient, mais, à défaut, nous devons effectuer une certaine planification. Comme vous le signalez, si vos prévisions ne se réalisent pas, nous devons vraiment faire quelque chose. Même si la différence semble minime, elle prend une certaine ampleur par rapport aux discussions parce que dans la mesure où aucun changement fondamental ne s'impose, les principales recommandations du rapport ne tiennent plus.

Nous estimons que si vous planifiez l'avenir, vous ne devez pas planifier le scénario le plus optimiste, mais au moins un scénario semi-pessimiste que vous pourriez gérer s'il fonctionne. Ce n'est qu'une question de jugement.

Ma question est la suivante: Comment pouvons-nous partager votre confiance à ce sujet, malgré tous nos vœux?

**M. West:** Je suis tout à fait d'accord avec vous. Mon mémoire pourrait être décrit comme une vision de l'avenir. Comme vous le savez, une vision est presque une utopie, irréalisable si elle dépasse nos moyens.

J'admets que pour réaliser cette vision, nous devons effectuer des changements comme en 1962. Je crois que l'enjeu majeur est le pouvoir accordé au médecin. Personnellement, je ne crois pas que cela va changer à moins de changer la loi, comme Tommy Douglas a dû le faire en 1962.

C'est en partie pourquoi, je pense, nous devrions abandonner la régionalisation qui, selon la Dre Donovan, diffère d'une province à l'autre, sans que nous sachions ce qu'il en est. Voici ce que j'en pense: quand les temps sont durs, les entreprises vont à l'essentiel et coupent le superflu.

Nous allons devoir exploiter le système en fonction des priorités et des besoins et non en fonction du nombre de services; nous devons sans doute revenir à l'essentiel, c'est-à-dire remettre la gestion du système aux ministères de la Santé pour rétablir les politiques en fonction des priorités et des besoins. Si nécessaire, la loi devrait réglementer des centres de santé exhaustifs, par exemple.

**Le président:** Ce que l'on a appelé la réforme des soins primaires.



**Dr. West:** Yes. What I would do is make the regional boards — in Newfoundland, we have two, an institutional board and a community board, except for in the two northern regions, as Dr. Donovan mentioned — advisory. We need an interface between the politicians and the community and the senior civil service and the community. If we are going to move upstream and empower the community, we need to have a means of identifying the needs of the community. I believe those regional boards, if they were advisory rather than managerial, could serve that role. Then we could start again from the centre, from the point of view of restructuring the system.

**The Chairman:** You are a doctor?

**Dr. West:** No, I am a Ph.D.

**The Chairman:** You have certainly been involved with doctors, in the sense that you are at the medical school. We have two doctors on this committee; however, unfortunately, one is in Japan at the moment and the other is at an OECD conference. They have made comments similar to yours about the difficulty of changing the providers' attitudes. Why is that?

Essentially, you are saying that the only way of doing this might be to do it with brute force, as Tommy Douglas did it. I find that puzzling.

Can you give me some insight as to why you think that is the case?

**Dr. West:** To be fair to doctors, attitudes amongst physicians, particularly younger physicians, is changing. I think older physicians, to put it more crassly, were more motivated by money to become a physician. Almost all of them run their office like a business.

I think things are different with younger physicians, partly because there is more of a focus in medical schools today to train physicians about their responsibilities in the community and the greater community health role.

That other thing that has changed, quite frankly, is that today over 50 per cent of entrants into medical school are women, and I think women are much more likely to take a community outlook on the problem than men. If we were to look back 10 years, or so, men were entering medical school because they thought it was a financially rewarding career and looked upon it as business.

Hence, two things are changing, but changing slowly: the character of new physicians and, second, having more than 50 per cent women in our medical schools.

**Senator Cochrane:** As well, Dr. West, in regards to change you are saying that it is the doctors who have to change and that it will be difficult.

**Dr. West:** I think so. The provincial medical associations are probably amongst the strongest unions in the country. For instance, as you are probably aware, there is currently tension

**M. West:** Oui. Ce que je ferais, c'est que je transformerais les commissions régionales de Terre-Neuve — nous en avons deux, un conseil d'établissement et une commission communautaire, sauf dans les deux régions du Nord, comme l'a dit la Dre Donovan — en conseils consultatifs. Il nous faut une interface entre les politiciens et entre la collectivité et les hauts fonctionnaires et la collectivité. Si nous devons remonter le courant et responsabiliser les collectivités, nous devons pouvoir connaître leurs besoins. Je crois que ces commissions régionales, si elles étaient des conseils consultatifs et non gestionnels, pourraient jouer ce rôle. À ce moment-là, nous pourrions repartir du centre, pour restructurer le système.

**Le président:** Vous êtes médecin?

**M. West:** Non, je suis détenteur d'un doctorat.

**Le président:** Vous avez certainement déjà travaillé avec des médecins, car vous êtes dans une école de médecine. Notre comité comprend deux médecins; malheureusement, un est au Japon pour le moment et l'autre assiste à une conférence de l'OCDE. Ils ont anticipé vos propres commentaires sur la difficulté de changer les attitudes des fournisseurs. Pourquoi?

Essentiellement, vous prétendez qu'il n'y aurait que la contrainte qui pourrait changer les attitudes, comme l'a fait Tommy Douglas. Je trouve ça renversant.

Pouvez-vous m'expliquer votre pensée dans ce cas?

**M. West:** Pour être honnête à l'égard des médecins, leurs attitudes, particulièrement chez les jeunes médecins, sont en train de changer. Je pense que les vieux médecins, pour être plus grossier, étaient davantage motivés par l'argent. Presque tous dirigent leur bureau comme s'il s'agissait d'une entreprise.

Je crois que les choses sont différentes avec les jeunes médecins, notamment parce que dans la formation des médecins, les écoles de médecine mettent davantage l'accent aujourd'hui sur leurs responsabilités à l'égard de la collectivité et sur le rôle en matière de santé qu'ils jouent dans l'ensemble de cette collectivité.

L'autre changement, bien honnêtement, c'est qu'aujourd'hui plus de 50 p. 100 des étudiants qui entrent dans les écoles de médecine sont des femmes, et je pense que les femmes sont beaucoup plus susceptibles que les hommes d'envisager les problèmes en tenant compte de la collectivité. Si on retourne 10 ans en arrière, ou à peu près, les hommes adoptaient la carrière médicale parce qu'ils la considéraient financièrement avantageuse et la géraient comme une entreprise.

Ainsi, deux aspects sont en voie de changer, mais lentement: la nature des nouveaux médecins et, deuxièmement, la présence de plus de 50 p. 100 de femmes dans les facultés.

**Le sénateur Cochrane:** Monsieur West, vous faites donc porter le fardeau du changement par les médecins, et vous croyez que cela sera difficile.

**M. West:** Je le pense. Les associations médicales provinciales sont probablement les syndicats les plus puissants au pays. Par exemple, comme vous le savez sans doute, la question salariale est

between the Department of Health and physicians in Newfoundland from the point of view of salary.

Three years ago, the doctors were awarded an extra \$30 million. There are 970 doctors in Newfoundland, so the increase amounts to approximately \$30,000 per doctor. Before the three-year contract was up, they were demanding another \$15 million, another \$15,000 per doctor, on average, representing a \$45,000 increase over the last three years. The average annual family income in Newfoundland is \$38,000. I think their demands are unconscionable, given the local perspective.

In the national perspective, when they see what their colleagues are getting in Ontario, Alberta, and B.C., you cannot blame them. That is something else that we have to solve. That is why I was recommending that we go to interprovincial salaries or fees.

**Senator Cochrane:** Do you also not think that to bring about this change there will have to be a different way of thinking on the part of politicians?

**Dr. West:** Yes. I have never been a politician, so I have not put my job on the line every four or five years, or whatever the average politician does.

Nevertheless, there is no doubt in my mind that regionalization was attractive to politicians because it pushed the decision-making process down one level, and gave politicians some breathing space.

Politicians are going to have to make hard choices. It is good politics for a politician to say that he or she has put a new MRI into a hospital. It is not such good politics for a politician to talk about putting a prevention program in the community.

**Senator Robertson:** Dr. West, I enjoyed your presentation immensely. Given that you were a colleague of Ken Fyke, your recommendation on financing does not surprise me.

I have one comment with respect to trying to get uniform delivery processes in each province, and other matters of uniformity, shall we say. There is always the constitutionality of the issues that impact on the provinces that make provinces draw back from that a bit. As you say, in a perfect world, your model might be there. I do not know what we do in the meantime, while we do not have a perfect world, to get the services to the people, services that the people are demanding and rightfully should have.

I want to ask you a few questions about regional delivery. This committee has heard a lot about the regional delivery of health services as we have travelled across the country, and there are pros and cons, of course.

Let me just state a couple of things that we have heard, or some of us believe in, and then I would like you to respond to those to see if we can get around them in another way.

source de tensions entre le ministère de la Santé et les médecins de Terre-Neuve.

Il y a trois ans, on a accordé aux médecins 30 millions de dollars de plus. Il y a 970 médecins à Terre-Neuve qui bénéficient donc d'une augmentation d'environ 30 000 dollars chacun. Avant l'expiration de la convention collective de trois ans, ils demandaient une autre tranche de 15 millions de dollars, soit encore 15 000 dollars par médecin, en moyenne, ce qui représente une augmentation de 45 000 dollars par rapport aux trois dernières années. Le revenu familial annuel moyen à Terre-Neuve est de 38 000 dollars. Je pense que leurs demandes sont abusives compte tenu de notre réalité.

À l'échelle nationale, lorsqu'ils voient les revenus de leurs collègues en Ontario, en Alberta et en Colombie-Britannique, on ne peut les blâmer. C'est là un autre problème à régler. Et c'est pourquoi j'ai recommandé que l'on adopte une échelle salariale ou des honoraires interprovinciaux.

**Le sénateur Cochrane:** Ne croyez-vous pas également que pour réaliser ce changement, les politiciens devront envisager la situation d'un point de vue différent?

**M. West:** Oui. Je n'ai jamais fait de politique, et je ne mets pas mon poste en jeu tous les quatre ou cinq ans, ou peu importe ce que le politicien moyen fait.

Cependant, je crois fermement que la régionalisation favorisait les politiciens parce que le processus décisionnel s'exerçait un cran plus bas et leur permettait de respirer.

Les politiciens vont devoir faire des choix douloureux. C'est rentable pour un politicien d'annoncer qu'il a fait installer un système d'imagerie par résonance magnétique dans un hôpital. Sur le plan politique, c'est moins rentable de dévoiler la création d'un programme de prévention dans la collectivité.

**Le sénateur Robertson:** Monsieur West, j'ai beaucoup apprécié votre présentation. Comme vous étiez un collègue de Ken Fyke, votre recommandation sur le financement ne m'étonne pas.

J'aimerais faire un commentaire sur le projet d'uniformiser les processus de prestation des services dans chaque province, ainsi que sur d'autres questions d'uniformité, plutôt. L'aspect constitutionnel a toujours un impact sur les provinces et les incite à se retirer. Comme vous le dites, votre modèle s'inscrirait dans un monde idéal. Je ne sais pas ce que nous faisons entre-temps, en attendant d'avoir un monde parfait, pour offrir les services à la population, des services que la population exige et à juste titre.

J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de régionalisation des services. Notre comité a beaucoup entendu parler de la prestation des services de santé à l'échelle régionale dans ses déplacements à travers le pays, et il y a bien sûr du pour et du contre.

Permettez-moi de rappeler une ou deux choses que nous avons entendues, ou que certains d'entre nous encouragent. J'aimerais connaître votre réaction pour voir s'il n'y aurait pas une autre solution.



One of the problems that some governments face in the delivery of care now without the regional concept is what some of us would call a vertical funding process, where the hospital receives its money from the Department of Health, public health receives its money from the Department of Health, mental health, nursing homes, et cetera. All the lines go up to the Department of Health. Each service has built firm silos around itself, making it very difficult to get cooperation.

One of the positive things that we have heard, and I have heard this in other forums as well, is that a regional delivery process would provide the opportunity for what we call horizontal movement of money. The region would get a block of money, and then the board members could make a determination as to the most required service, shall we say. If we do not go to a regional service, which breaks down silos, this business of everyone clutching what they are doing and not sharing funds or ideas, how would you get them to coordinate, cooperate, and prioritize?

**Dr. West:** Two things. If I may say, you may be putting me in a position where I am talking about the lesser of two evils. Quite frankly, in the regional system, as Dr. Donovan said, the treatment and home care services are encroaching on the public health and prevention services, what little there are. That is the downside of the regional system.

I agree with you entirely. When I worked in Saskatchewan as associate deputy minister for community health, we worked in silos. I was responsible for the 10 public health units in the province; they reported to me. I left Saskatchewan in 1991, and Saskatchewan regionalized in 1992.

I believe we have to change the culture in the departments of health and that deputy ministers and ministers can change that culture. There are ways of integrating at the department of health level, when you are setting priorities. In fact, I would argue that there may even be some merit, that you can protect money better at the department of health level when you can than you can in the regions.

For instance, as ADM in Saskatchewan, when I took over community health and recognized this problem. I split community health into two pieces: community health prevention services and community health treatment services. I created two budgetary lines with treasury board for myself, so that one could not encroach on the other.

I agree with you entirely. The old department of health model was very much in silos. My equivalent for hospital services and the equivalent ADM for insured services — the three of us never got together and integrated services.

If you set the right culture in the department of health, you can break those silos down.

**Senator Robertson:** I think the problem comes at budget time, because everyone is trying to get as much as possible into his or her silo, and that sometimes is where it breaks down.

Un problème se pose actuellement à certains gouvernements dans la prestation des soins: sans le concept de régionalisation, on assiste à ce que certains d'entre nous appellent un processus de financement vertical, en vertu duquel l'hôpital reçoit son financement du ministère de la Santé, les responsables de la santé publique reçoivent leur argent du ministère de la Santé, et il en va de même pour la santé mentale, les maisons de soins infirmiers, et cetera. Tout relève du ministère de la Santé. Chaque service s'est cloisonné, ce qui rend la collaboration très difficile.

Ce que nous avons entendu de positif, et je l'ai entendu également dans d'autres forums, c'est que la régionalisation permettrait ce que nous appelons le mouvement horizontal du financement. La région obtiendrait un bloc de crédits, ensuite les membres des commissions pourraient déterminer, par exemple, quel est le service le plus nécessaire. Si nous n'adoptons pas un service régional, qui abat les barrières, si chaque secteur s'agrippe à ses privilèges et ne partage pas les subventions ou les idées, comment les amener à coopérer et à établir un ordre de priorité?

**M. West:** Deux choses. Si je puis me permettre, vous me placez dans une position où je semble favoriser le moindre de deux maux. Bien honnêtement, dans le système régional, comme l'a dit la Dre Donovan, les services de traitements et de soins à domicile viennent empiéter sur les services de santé publique et de prévention, pour le peu qu'il y a. C'est l'inconvénient du système régional.

Je suis entièrement d'accord avec vous. Quand j'étais sous-ministre associé pour la santé communautaire en Saskatchewan, nous travaillions en vase clos. J'étais responsable des 10 unités de santé publique de la province. J'ai quitté la Saskatchewan en 1991, et la Saskatchewan a régionalisé les services en 1992.

Je crois que nous devons changer la culture au sein des ministères de la Santé et que les sous-ministres et les ministres peuvent effectuer ce changement. Il existe des façons de pratiquer l'intégration au ministère de la Santé lorsqu'on établit les priorités. En fait, je dirais qu'une telle solution pourrait peut-être être avantageuse, qu'on pourrait mieux répartir les crédits au niveau du ministère de la Santé, quand c'est possible, que nous pouvons le faire dans les régions.

Par exemple, comme SMA en Saskatchewan, lorsque j'ai pris en charge les services de santé communautaire et que j'ai pris conscience du problème, j'ai divisé la santé communautaire en deux volets: les services de prévention et les services de traitement. J'ai créé deux postes budgétaires avec le Conseil du Trésor pour moi-même de sorte que l'un ne puisse pas empiéter sur l'autre.

Je suis tout à fait d'accord avec vous. L'ancien modèle du ministère de la Santé était très cloisonné. Mon homologue des services hospitaliers, mon collègue des services assurés et moi ne nous sommes jamais réunis et n'avons jamais intégré nos services.

Si l'on change les comportements dans les ministères de la Santé, on peut abattre ces cloisonnements.

**Le sénateur Robertson:** Je pense que le problème se pose au moment du budget parce que tout le monde essaie d'obtenir le plus possible dans son îlot, et parfois c'est là qu'il y a rupture de communication.

**Dr. West:** That is where I come to my lesser of two evils. Even if you hand the money to the region in a global budget, there will be terrific pressure in the region to spend it on treatment services rather than on prevention services.

**Senator Robertson:** I will not pursue that any further right now, but I think we have a difference of opinion there, from listening to other witnesses and reading a lot about this.

**Dr. West:** I am really enjoying this conversation, by the way.

**Senator Robertson:** So am I.

Two of the areas that this committee has heard about from our witnesses — you will notice from our “Issues and Options” report — is that people are demanding good pharmacare for everyone. Many people are unable to fill their prescriptions because they simply do not have the money. These people are not necessarily on social assistance, either, or seniors collecting OAS and the GIS. Drugs are very expensive, and I am not knocking that. I believe it is cheaper to take \$100 worth of pills than to stay in a hospital bed. There is a lot of replacement going on with new medications.

The other area this committee has heard is the issue of community and home care not being well organized anywhere in the country. Let us go back to the Canada Health Act, what we call medicare. Medicare covers you if you are in the hospital or at the doctor's office, but those two components only represent about 40 per cent of health care today.

What about community and home care, and drug costs? Most members of this committee believe that we need good recommendations on how to serve the public with these two important pieces of health care. I do not know where the money will come from, but I do not think we can wait for the perfect system to evolve.

How are we going to pay for these things if we cannot wait for the perfect system to evolve?

**Dr. West:** Let me deal with the pieces in turn. I would add a third piece, the public health piece — the immunization and health promotion piece.

Let me deal with the drug piece first. When I worked in Saskatchewan, I was on the drug formulary committee. We had the most restricted formulary of any province in the country. The number of drug entities in that drug formulary was considerably less than most other provinces. This was in the days when the drug plan was still universal — except for the prescription fee, the plan paid for by the Saskatchewan government.

If we had a national formulary committee, and if the provinces were willing to work with a reduced formulary, we could afford that formulary. For instance, in the last two years Quebec has added 119 new drugs to its formulary. Ontario has added 10 in

**M. West:** C'est là que j'en viens au moindre de mes deux maux. Même si vous donnez l'argent aux régions dans un budget global, d'énormes pressions vont s'exercer dans la région pour qu'elles l'affectent aux services de traitement plutôt qu'aux services de prévention.

**Le sénateur Robertson:** Je n'irai pas plus loin pour l'instant, mais je pense que nous avons ici une différence d'opinions, après avoir entendu d'autres témoins et avoir fait beaucoup de lectures à ce sujet.

**M. West:** Au fait, j'apprécie beaucoup cette conversation.

**Le sénateur Robertson:** Moi aussi.

Deux éléments qu'ont mentionnés les témoins qui ont comparu devant notre comité — vous le remarquerez dans notre rapport «Questions et options» — c'est que les gens exigent aujourd'hui un bon régime universel d'assurance-médicaments. Bien des gens sont incapables de faire exécuter leurs ordonnances parce qu'ils n'ont tout simplement pas l'argent, et ce ne sont pas nécessairement des prestataires de l'aide sociale ni des personnes âgées qui retirent la Sécurité de la vieillesse et le supplément du revenu garanti. Les médicaments sont très chers, mais ce n'est pas mon cheval de bataille. Je crois qu'il en coûte moins cher de prendre pour 100 dollars de pilules que d'occuper un lit d'hôpital. Il se vend beaucoup de nouveaux médicaments génériques.

L'autre élément dont on a entretenu le comité, c'est la question des soins communautaires et des soins à domicile qui seraient mal structurés partout au pays. Revenons à la Loi canadienne sur la santé, ce que nous appelons l'assurance-maladie. L'assurance-maladie vous couvre si vous êtes à l'hôpital ou au cabinet du médecin, mais ces deux lieux ne donnent qu'environ 40 p. 100 des soins de santé aujourd'hui.

Qu'en est-il des soins à domicile et des soins communautaires et du coût des médicaments? La plupart des membres du comité croient que nous avons besoin de bonnes recommandations sur la façon d'assurer au public ces deux facettes importantes des soins de santé. Je ne sais pas d'où proviendra l'argent, mais je ne pense pas que nous puissions attendre l'apparition du système parfait.

Comment allons-nous payer ces choses si le système parfait ne se concrétise pas?

**M. West:** Permettez-moi d'aborder les éléments un à la fois. J'en ajouterai un troisième, l'élément de la santé publique — le volet immunisation et promotion de la santé.

D'abord, la question des médicaments. En Saskatchewan, je faisais partie du comité sur le formulaire des pharmaciens. Nous avions le formulaire le plus restreint de toutes les provinces canadiennes. Le nombre de médicaments figurant sur ce formulaire était considérablement inférieur à celui de la plupart des autres provinces. C'était à l'époque où le régime d'assurance-médicaments était toujours universel — sauf pour les frais d'ordonnance, le régime payé par le gouvernement de la Saskatchewan.

Si nous avions un comité national du formulaire et si les provinces acceptaient un formulaire réduit, ce formulaire suffirait. Par exemple, au cours des deux dernières années, le Québec a ajouté 119 nouveaux médicaments à son formulaire. L'Ontario en



that period of time. Quebec wants to attract the drug industry to the province.

We continue to add drugs to our formularies but we do not take old ones out. For instance, in most provincial formularies, there are now something like 18 non-steroidal anti-inflammatory drugs.

If we had a good system of evaluating drugs and were more restrictive — the idea of a formulary is not to give all drugs to all people. The idea is to get the biggest bang for your buck, to get 98 per cent of the people the drugs they need.

In addition, there is a lot of wastage, which, if there were a decent information system, we could cut out. For instance, when I appeared before the Krever commission I was criticized for not introducing HIV testing in Saskatchewan fast enough. I am sure Krever would also criticize us for not having decent information systems in place. If we did, we could prevent a lot of the drug interaction and drug adverse reaction problems in the elderly.

On the topic of community health and public health, we are already paying a large part of those costs. It is just a question of reorganization. All our public health costs are paid. Sure, the proposal may be to try to get the federal government to pay its share, which would help the system no end, but if we were to take the money that is currently being spent on all of those services we would not need too much more money.

**Senator Robertson:** I appreciate your interpretation, and your belief there. It will be interesting to see where we go from here.

I should like to ask you a question about cancer research, if I may.

Can you tell us how cancer research funds are divvied up, how it is decided to spend X number of dollars on breast cancer and X number on prostate cancer, say? A number of people will say that more money is being spent on breast cancer, say, than prostate, or this or that. Is there a formula?

**Dr. West:** No, we do not have a formula. You have to remember that some of the special interest groups, like breast cancer and prostate cancer, match funds from the National Cancer Institute and Health Canada. Hence, although it appears that more money is being spent in those areas, in fact, those special interest groups have raised research funds. The National Cancer Institute, which gets approximately \$50 million a year from the Canadian Cancer Society and the Terry Fox Foundation, puts only a small amount of money into those types of cancer; we are spending the biggest proportion of our money on general cancer research.

**Senator Robertson:** Dr. Donovan, of course we all agree with the importance of public health; public health has always been the cornerstone of good health in any country. Most of your

a ajouté 10 durant la même période. Le Québec veut attirer l'industrie pharmaceutique.

Nous continuons d'ajouter des médicaments à nos formulaires sans en retirer les anciens. Par exemple, la plupart des formulaires provinciaux énumèrent maintenant environ 18 anti-inflammatoires stéroïdiens.

Nous devrions avoir un bon système d'évaluation des médicaments et faire preuve de plus de restrictions — l'idée d'un formulaire n'est pas de donner tous les médicaments à tout le monde. L'idée est d'en avoir le plus pour notre argent, de donner à 98 p. 100 des gens les médicaments dont ils ont besoin.

En outre, il y a beaucoup de gaspillage que nous pourrions éliminer si nous avions un système décent d'information. Par exemple, lorsque j'ai comparu devant la Commission Krever, on m'a reproché de ne pas avoir instauré plus tôt en Saskatchewan le test de dépistage du VIH. Je suis sûr que la Commission Krever nous reprocherait aussi de ne pas avoir de système d'information décent. Si nous en avions un, nous pourrions prévenir beaucoup d'interactions entre les médicaments et beaucoup de réactions indésirables aux médicaments chez les personnes âgées.

Nous assumons déjà une large part de ces coûts de la santé publique et communautaire. Ce n'est qu'une question de réorganisation. Tous nos coûts de santé publique sont payés. Certes, la proposition serait peut-être d'amener le gouvernement fédéral à payer sa part, ce qui aiderait certainement beaucoup le système, mais si nous pouvions récupérer l'argent qui est actuellement consacré à tous ces services, nous n'aurions pas besoin de beaucoup plus.

**Le sénateur Robertson:** J'apprécie votre interprétation, et votre confiance à ce sujet. Il sera intéressant de voir où cela nous amènera.

J'aimerais vous poser une question au sujet de la recherche sur le cancer, si vous permettez.

Pouvez-vous nous dire comment les fonds affectés à la recherche sur le cancer sont répartis, comment décide-t-on de dépenser telle somme pour le cancer du sein et telle somme pour le cancer de la prostate, disons? Certains prétendent qu'il faut consacrer davantage au cancer du sein, d'autres à la prostate, que sais-je? Avez-vous une formule?

**M. West:** Non, nous n'avons pas de formule. N'oubliez pas que certains groupes d'intérêts spéciaux, comme les groupes de défense des victimes du cancer du sein ou de la prostate, doublent les fonds que leur accordent l'Institut national du cancer et Santé Canada. Même s'il semble que l'on consacre plus d'argent à ces deux secteurs, en fait, ces groupes d'intérêts spéciaux ont collecté des fonds de recherche. L'Institut national du cancer, qui obtient environ 50 millions de dollars par année de la Société canadienne du cancer et de la Fondation Terry Fox, ne consacre qu'une mince part de ses crédits à ces types de cancer; nous consacrons la plus grande proportion de notre argent à la recherche générale sur le cancer.

**Le sénateur Robertson:** Docteur Donovan, nous sommes tous d'accord sur l'importance de la santé publique qui a toujours été la pierre angulaire d'une bonne santé dans tous les pays. La

comments, as I understood them, related to health lifestyles, education, valuations of research, and that sort of thing.

Where do the issues of water and sewage, the environmental impact of those, fit in? Do you work with those departments that are more specifically attuned to that, or do you share a common goal and a common process?

**Dr. Donovan:** They fit very clearly into the mandate of public health and would come under the health protection acronym — environmental health, water services, communicable diseases. They certainly would benefit from the enhancement and support of the public health infrastructure that I have talked about there. I have given more attention to the health promotion side because, even in the public health structure, health promotion will often lose out to things such as communicable disease control.

A perfect example is that last week I did nothing but bioterrorism, when I really would have liked to focus on this. Even in our own structures, health promotion often loses out. Certainly the intent is that the support for the public health infrastructure would include all of those things.

**Senator Cook:** Dr. West, you mentioned a strategic social plan. Exactly what is that? You indicated that the implementation piece of it was not in place yet. Why?

**Dr. West:** The provincial strategic social plan was put together. Cabinet decided that we needed a plan to empower the communities, particularly the rural communities in Newfoundland.

What the strategic social plan involves is looking at each of the determinants of health, from the point of view of the communities, and deciding what strategies and programs need to take place to improve the communities. For example, the economy is obviously one determinant of health. The plan is aimed not only at improving the health and well-being of Newfoundlanders, but also at improving the economy in the small communities. It is an interdepartmental initiative. It is not just a health initiative, or a social services initiative, or a justice initiative, or an educational initiative; rather, the strategic social plan is an interdepartmental initiative.

The implementation has been slow. Each community has an implementation committee, which is consulting with the community. All of this takes time. It is also my observation that the government needs to put more dollars forward to make the system go. Communities can do so much on their own, but they need resources in order to do more.

**Senator Cook:** Hence, while you are up and running on the Web site, you are not accessible to communities; correct?

**Dr. West:** There is still password protection on the Web site at the moment. In speaking to the Minister of Health last Thursday, I urged her to take the password protection off.

plupart de vos commentaires, d'après ce que j'ai compris, portaient sur le mode de vie, l'éducation, la valeur accordée à la recherche, et cetera.

Où s'intègrent les problèmes d'eau et d'égouts et leurs impacts environnementaux? Est-ce que vous travaillez avec les ministères qui sont spécifiquement responsables de ces problèmes et endossez-vous leurs objectifs et leurs pratiques?

**Dre Donovan:** Ces problèmes s'intègrent très clairement au mandat de la santé publique et pourraient relever de tout le domaine de la protection de la santé — santé de l'environnement, services d'eau, maladies transmissibles. Certes, on pourrait mieux les régler si on les soumettait à une infrastructure de santé publique améliorée dont j'ai parlé. J'ai accordé plus d'attention à la promotion de la santé parce que, même dans la structure de santé publique, la promotion de la santé sera souvent délaissée au profit de considérations comme le contrôle des maladies transmissibles.

Je vais vous donner un exemple parfait: la semaine dernière, je n'ai rien fait d'autre que de m'occuper de bioterrorisme, quand en réalité j'aurais voulu me concentrer sur cette question. Même dans nos propres structures, la promotion de la santé est souvent perdante. On a sans aucun doute l'intention de traiter tous ces problèmes dans le cadre des ressources qui seraient accordées à l'infrastructure de la santé publique.

**Le sénateur Cook:** Monsieur West, vous avez parlé d'un plan social stratégique. Qu'en est-il exactement? Vous avez indiqué que la pièce maîtresse de mise en œuvre n'était pas encore en place. Pourquoi?

**M. West:** Le plan social stratégique provincial a été mis au point. Le Cabinet a décidé qu'il nous fallait un plan pour accorder plus de pouvoirs aux collectivités, surtout les collectivités rurales de Terre-Neuve.

Le plan social stratégique consiste à examiner chacun des éléments déterminants de la santé du point de vue des collectivités, et à décider des stratégies et des programmes nécessaires pour améliorer le sort des collectivités. Par exemple, l'économie est de toute évidence un élément déterminant de la santé. Le plan vise non seulement à améliorer la santé et le mieux-être de Terre-Neuviens, mais aussi à améliorer l'économie dans les petites collectivités. Il s'agit d'une initiative interministérielle, pas seulement d'une initiative en matière de santé ou de services sociaux ou de justice ou d'éducation, mais d'un plan qui interpelle plusieurs ministères.

Sa mise en œuvre est lente. Chaque collectivité a un comité de mise en œuvre qui consulte la population. Ça prend du temps. Je crois également que le gouvernement doit injecter plus d'argent pour activer le système. Les collectivités peuvent faire leur part, mais elles ont besoin de ressources pour faire davantage.

**Le sénateur Cook:** Ainsi, on peut vous trouver sur le site Web, mais les collectivités n'ont pas accès à vos services, n'est-ce pas?

**M. West:** Il y a encore une protection par mot de passe sur le site Web pour l'instant. Je me suis entretenu avec la ministre de la Santé jeudi dernier, et je l'ai exhortée à enlever cette protection.



Certain health professionals, Dr. Donovan, for instance — except that she is having technical difficulties with the Web Site — and the regional implementation committees, et cetera, can access the Web site with a password. However, the intent is to empower the people, to make it totally available to everybody in the community through the Internet. The sooner that happens, as far as I am concerned, the better.

As you can see from examples in your binder, it has been set up in a relatively user friendly way. People can look up all the determinants of health, the risk factors and the morbidity and mortality of a particular disease, and see how their community compares with any other community.

**Senator Cook:** Ms Bayers, how does your program teach continuing health lifestyle, and not regression? I had three pieces of dessert for lunch.

**Ms Bayers:** Buffets can be interesting.

Part of the long-term lifestyle change that we encourage is looking at the bigger picture. We need to make changes for our health for the long term. We must avoid the dieting pit, where we diet for a while to lose some weight. We need to concern ourselves with the broader scope, about what is in our best interests over the long haul. There is nothing wrong with the occasional piece of dessert.

**Senator Cook:** Is there a mechanism in your program for holding me, a once-a-month lifeline, say, or once a quarter?

**Ms Bayers:** We encourage our members to attend weekly and for a lifetime of, at least, once a month. Members are still encouraged to come every week. Once a member has lost his or her desired weight, we implement a six-week maintenance program to teach and help members to keep the weight off. It involves a learning process. Members are then invited to stay with us forever at no fee.

**Senator Cook:** So once I am in, I am hooked.

**Ms Bayers:** You are hooked.

**Senator Cook:** Dr. Donovan, on page 2 of your brief you talk about one of the failings of the Health Canada system, that is, capacity building. Do you have any ideas about how that issue can be addressed? It saddens me to know that so many worthwhile pilots and research sit and collect dust, never get to where they are needed, to the people.

**Dr. Donovan:** Absolutely. Health Canada has funded some real innovation, but just never takes it to the next step. The Canadian Heart Health Initiative is finished in many provinces now — Newfoundland is just a little later than other provinces — and they are struggling to find the dollars necessary to sustain that initiative. From a health promotion perspective, it is important to

Certains spécialistes de la santé, la Dre Donovan, par exemple, — sauf qu'elle éprouve actuellement des difficultés techniques avec le site Web — et les comités de mise en œuvre régionale, et cetera, peuvent accéder au site Web avec un mot de passe. Cependant, l'objectif est de donner plus de pouvoirs aux gens, de rendre le plan totalement accessible à tout le monde dans la collectivité grâce à l'Internet. En ce qui me concerne, plus tôt nous le ferons, mieux ce sera.

Comme vous pouvez en juger d'après les exemples dans votre dossier, le service est relativement convivial. Les gens peuvent examiner tous les éléments déterminants de la santé, les facteurs de risque, les taux de morbidité et de mortalité d'une maladie en particulier et voir comment leur collectivité se compare à une autre.

**Le sénateur Cook:** Madame Bayers, comment votre programme enseigne-t-il un mode de vie qui favorise une bonne santé et empêche de régresser? J'ai mangé trois desserts pour le lunch.

**Mme Bayers:** Les buffets peuvent être intéressants.

Le changement de mode de vie à long terme que nous encourageons consiste en partie à regarder la situation dans son ensemble. Nous devons apporter des changements pour notre santé à long terme. Nous devons éviter l'écueil du régime occasionnel pour perdre du poids. Nous devons nous préoccuper de la situation plus générale, voir quels sont nos intérêts à long terme. Il n'y a rien de mal à prendre un dessert à l'occasion.

**Le sénateur Cook:** Votre programme renferme-t-il un mécanisme qui permet de me lancer une bouée une fois par mois ou une fois tous les trois mois?

**Mme Bayers:** Nous encourageons nos membres à assister aux réunions hebdomadaires et, pour le restant de leur vie, au moins une fois par mois. Les membres sont toujours encouragés à venir toutes les semaines. Une fois qu'un membre a perdu le poids qu'il souhaite perdre, nous mettons en œuvre un programme de maintien de six semaines pour lui montrer comment garder son poids à ce niveau et l'aider en ce sens. Cela nécessite un processus d'apprentissage. Les membres sont alors invités à rester avec nous pour toujours gratuitement.

**Le sénateur Cook:** Donc une fois que je suis dans le programme, je suis embarquée.

**Mme Bayers:** C'est exact.

**Le sénateur Cook:** Docteur Donovan, à la page 2 de votre mémoire, vous parlez de l'un des échecs du système de santé au Canada, c'est-à-dire l'incapacité de renforcement des capacités. Connaissez-vous une solution à ce problème? Cela m'attriste de savoir que tant de projets pilotes et de recherches utiles sont mis sur les tablettes, et ne sont jamais utilisés là où ils sont nécessaires, c'est-à-dire au sein de la population.

**Dre Donovan:** Absolument. Santé Canada a financé nombre de véritables innovations, mais ne les poursuit pas. L'Initiative canadienne sur la santé cardiovasculaire est terminée dans de nombreuses provinces maintenant — Terre-Neuve est un petit plus en retard que les autres provinces — et l'on se bat actuellement pour trouver les crédits nécessaires afin de poursui-

look at the knowledge and capacity that initiative has developed and use it for other approaches.

For example, there was no suggestion by the federal, given that we have created an infrastructure and a capacity, to see if that infrastructure could be applied to diabetes. It is up to the heart health programs themselves to build on what they have and to buy into the diabetes strategy.

The federal government must work harder to ensure that knowledge is disseminated beyond researchers and a few bureaucrats at Health Canada. Health Canada does fund a lot of innovative work, and this work needs to be shared. If it works, it works.

It is also important for funding to continue. Certainly from a health promotion perspective, the investment is relatively small, compared to the treatment and care sector. The payoffs are great; research rewards us in the end. We just need a long-term vision and some courage. Prevention is not a four-year health promotion; there is no four-year mandate with prevention.

**Senator Cook:** The government put a lot of money into the CHHI. It is a wonderful program. The CHHI has much evidence-based information, with measurable outcomes. It does not make sense for us to have put a lot of money into it and then to terminate it.

**Dr. Donovan:** Absolutely. As I said, in Newfoundland, there is no community capacity to start another health promotion initiative around diabetes. The risk factors are the same.

We need a national health promotion agenda, to build on the knowledge that was acquired through the CHHI.

**Senator Cochrane:** Dr. Donovan, would you just give me a rundown as to your organization.

**Dr. Donovan:** I am the medical officer of health in the eastern region. It is just a side job that I am the principal investigator for the Newfoundland and Labrador Heart Health Program. That is part of the Canadian Heart Health Initiative, which is funded projects in all 10 provinces, community-based projects.

The delightful thing about this project is that all 10 provinces received equal funding, as opposed to population-based funding. It allowed those of us who are poor in terms of infrastructure to have the same investment. The principal investigators meet regularly. The Conference of Principal Investigators of Heart Health, COPI, shares resources. We communicate regularly on successes and failures. Some of our biggest successes involve knowledge about the things that are not working, and we have built on that. We have learned from each other. Internationally, we are learning from each other. We are a leader in heart health internationally.

vre l'Initiative. Si on se préoccupe de la promotion de la santé, on doit examiner les connaissances et la capacité que cette initiative a permis d'obtenir et les utiliser pour d'autres approches.

Par exemple, après avoir créé une infrastructure et une capacité, le gouvernement fédéral n'a rien fait pour appliquer cette infrastructure au diabète. Il appartient aux programmes de santé cardiovasculaire eux-mêmes de tabler sur ce qu'ils ont et de voir si la stratégie pourrait s'adapter au diabète.

Le gouvernement fédéral doit déployer plus d'efforts pour s'assurer que les connaissances sont disséminées au-delà des chercheurs et des quelques bureaucrates à Santé Canada. Santé Canada finance beaucoup de travaux innovateurs, et les résultats de cette initiative doivent être communiqués. Si ça fonctionne, ça fonctionne.

Il est également important que le financement ne soit pas interrompu. Du point de vue de la promotion de la santé, l'investissement est relativement faible comparativement au secteur des traitements et des soins. Mais les retombées sont extraordinaires; la recherche nous récompense en bout de ligne. Il nous faut simplement une vision à long terme et un peu de courage. La prévention, ce n'est pas faire la promotion de la santé pendant quatre ans, il n'y a pas de mandat de quatre ans à cet égard.

**Le sénateur Cook:** Le gouvernement a consacré beaucoup d'argent à l'ICSC. C'est un programme extraordinaire. L'ICSC renferme beaucoup d'information documentée, et des résultats mesurables. Cela n'a pas de sens d'investir à fond dans cette initiative et ensuite d'y mettre fin.

**Dre Donovan:** Absolument. Comme je l'ai dit, à Terre-Neuve, il est impossible pour les collectivités d'entreprendre une autre initiative de promotion de la santé concernant le diabète. Les facteurs de risque sont les mêmes.

Il nous faut un programme national de promotion de la santé qui tablera sur les connaissances acquises par l'ICSC.

**Le sénateur Cochrane:** Docteur Donovan, pourriez-vous me décrire votre organisation?

**Dre Donovan:** Je suis médecin hygiéniste de la région de l'Est. C'est simplement en corollaire que je suis la chercheuse principale pour le Programme de recherches sur la santé cardiovasculaire de Terre-Neuve et du Labrador. Cela fait partie de l'Initiative canadienne de la santé cardiovasculaire qui a financé des projets dans les dix provinces, des projets axés sur les collectivités.

Ce qu'il y a de merveilleux dans ce projet, c'est que les 10 provinces ont reçu le même financement et non pas un financement calculé en fonction de la population. Cela a permis aux provinces comme nous, avec une infrastructure défaillante, d'avoir le même investissement. Les principaux chercheurs se rencontrent régulièrement. La Conférence des chercheurs principaux en santé cardiovasculaire se partage les ressources. Nous nous communiquons régulièrement les succès et les échecs. Certains de nos plus grands succès nous renseignent sur nos lacunes et ce fut notre tremplin. Nous avons appris les uns des autres. À l'échelle internationale, il en est de même. Nous sommes un leader en matière de santé cardiovasculaire au monde.



**Senator Cochrane:** Can you tell me more about the CHHI funding coming to an end.

**Dr. Donovan:** The Canadian Heart Health Initiative funding ends at the end of the dissemination phase. For some provinces, that has already ended. For us, that will end in 2003. Right now, aside from a provincial coordinator, which is a position funded by the provincial government, there is no other funding.

I will say, however, that we have done an incredible job of sustaining program activity at the regional level, with very little investment of resources. Because this is a research project, much of the money has gone into researching what is working as opposed to programming. We have done an incredible job. We can still do an incredible job, but the public health system is reacting to the demands of treatment and care and thus I have concerns about our ability to sustain the public health activity to support this programming. I certainly know that other provinces are already feeling that.

**Senator Cochrane:** When will this funding come to an end in Newfoundland?

**Dr. Donovan:** In 2003.

**Senator Cochrane:** Are you saying that some of the measures that your research has developed will not be implemented?

**Dr. Donovan:** It will depend on the goodwill of the people who are implementing the programs out in the communities.

During the demonstration phase, recognizing that the money would come to an end, we developed regional coalitions. These coalitions are made up of professionals in the community health sector and in the recreation sector, volunteers and municipalities working together to do heart health activity. It is not funded in any way. It is based on their goodwill.

Under the guise of research and information collection, we occasionally provide regional coalitions with resources to bring people together to do some training. We provide them with ongoing support and a communication mechanism.

My concern is that we are losing their goodwill, that they will say that although they are committed to the program they are preoccupied with budget demands for home supports, home care, those kinds of things, that they cannot devote time to the health promotion agenda.

**Senator Cochrane:** So you are going to offer them support through what program, through what group, through what organization, or through what department?

**Dr. Donovan:** Much of the support for the regional coalitions now rests in the regional health and community services structures, the public health workers and educators, the public health nurses, the people who are out in the regions right now. It is our hope that they will sustain their commitment to heart health.

**Le sénateur Cochrane:** Pouvez-vous me donner d'autres détails sur la terminaison prochaine de l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire?

**Dre Donovan:** Les fonds consacrés à l'Initiative canadienne en santé cardiovasculaire cesseront d'être versés à la fin de la phase de diffusion. Certaines provinces en sont déjà là. Pour nous, cela se terminera en 2003. Actuellement, mis à part le coordonnateur provincial, dont le salaire est payé par le gouvernement provincial, il n'y a pas d'autre financement.

Je dirai cependant que nous avons fait un travail incroyable pour maintenir le programme au niveau régional avec peu d'investissement. Comme il s'agit d'un projet de recherche, une bonne partie de l'argent a été consacrée à la recherche sur ce qui fonctionne plutôt que de nous concentrer sur les programmes. Nous avons fait un travail remarquable. Nous pouvons toujours faire un travail incroyable, mais le système de santé publique réagit aux demandes de traitements et de soins, ce qui m'inquiète sur notre capacité de poursuivre ce programme. Je suis convaincue que d'autres provinces pensent déjà comme moi.

**Le sénateur Cochrane:** Quand le financement cessera-t-il d'être versé à Terre-Neuve?

**Dre Donovan:** En 2003.

**Le sénateur Cochrane:** Êtes-vous en train de dire que certaines des mesures que votre recherche a mises au point ne seront pas réalisées?

**Dre Donovan:** Cela dépendra du bon vouloir des personnes responsables des programmes dans les collectivités.

Durant la phase de démonstration, conscients que la source de crédits se tarirait, nous avons conçu des coalitions régionales. Ces coalitions sont composées de spécialistes du secteur de la santé communautaire et du secteur des loisirs, de bénévoles et de municipalités qui, ensemble, s'intéressent à la santé cardiovasculaire. Nous ne recevons aucun financement. Cela dépend de leur bon vouloir.

Sous le couvert de la recherche et de la collecte d'information, nous accordons occasionnellement aux coalitions régionales des ressources pour réunir des gens et donner de la formation. Nous leur accordons un soutien et un mécanisme de communication constants.

Ce qui m'inquiète, c'est que nous sommes en train de perdre leur enthousiasme, ils vont dire que malgré leurs meilleures intentions à l'égard du programme, ils sont débordés par les demandes budgétaires pour les soins à domicile, les soins de santé, ce genre de choses, et qu'ils ne peuvent plus consacrer de temps au programme de promotion de la santé.

**Le sénateur Cochrane:** Par l'entremise de quel programme, de quel groupe, de quelle organisation ou de quel ministère allez-vous donc les aider?

**Dre Donovan:** Une bonne partie du soutien accordé aux coalitions régionales repose maintenant sur les structures de services communautaires et de services de santé régionaux, les travailleurs de santé publique et les éducateurs, les infirmières en santé publique, les personnes qui sont dans les régions actuelle-

To this point, there has been someone at the provincial level who maintains communication with them. We have been able to organize provincial workshops, where they share information with each other. We have regular teleconferences, where the regions can exchange information and feed off each other in terms of programming.

However, all of this is based on goodwill. By 2003, we will probably lose our provincial person. Accordingly, we will lose the provincial workshops and we will lose the teleconference meetings.

It is our hope that we have built enough into the system, but it may not be so.

**Senator Cochrane:** And there is no one there to follow up on that.

**Dr. Donovan:** We are trying to encourage our regional structures under the diabetes strategy that we have been developing to seek funding through that strategy, but, again, that will depend on the regional structures. They have already indicated they are struggling to do the work we have asked of them under the diabetes strategy.

**Senator Cochrane:** Ms Bayers, I am impressed with what you have said about Weight Watchers. Do you have any statistics related to the number of heart patients or diabetes patients your program has helped?

**Ms Bayers:** I do not have that information. However, I can certainly see what is available to me and follow up with you on that.

**Senator Cochrane:** Have you used any of these people, the successful ones, as role models?

**Ms Bayers:** We do, but not the specific people I have talked about. However, we often invite individuals to come in as guest speakers. We use them in our advertising, magazine articles, that sort of thing. It is very inspiring.

**Senator Cochrane:** Dr. West, let me quote a statistic I have here and get your reaction.

By 2027, 25 years from now, health care spending by provincial and territorial governments is expected to be 247 per cent higher than in 1999-2000.

**Dr. West:** My reaction is that that is probably correct, should we continue with the current model. That is why I believe something has to be done to change the model. Although it is a bit drastic to suggest we need another 1962, even if we bring in things like user fees and so on, we are not going to be able to cope with a 247 per cent increase.

We have to stop dealing with the margins. We have to make that change, and the sooner the better.

**The Chairman:** I wish to thank all of you for your attendance here. This has been a very interesting hour and a half.

ment. Nous espérons qu'elles poursuivront leur engagement à l'égard de la santé cardiovasculaire.

Jusqu'à maintenant, une personne au niveau provincial maintient les communications avec ces préposés. Nous avons réussi à organiser des ateliers provinciaux, où on a transmis l'information. Nous tenons des conférences téléphoniques régulièrement au cours desquelles les régions peuvent échanger l'information et se renseigner l'une et l'autre sur les programmes.

Cependant, tout cela repose sur la bonne volonté des gens. En 2003, nous allons probablement perdre notre représentant provincial. Par conséquent, nous allons perdre les ateliers provinciaux et les réunions par téléconférence.

Nous espérons avoir investi suffisamment dans le système, mais ça n'est peut-être pas le cas.

**Le sénateur Cochrane:** Et il n'y a personne dans les régions pour continuer le travail?

**Dre Donovan:** Nous essayons d'encourager les structures régionales que nous avons créées dans le cadre de la stratégie sur le diabète à obtenir du financement grâce à cette stratégie. Mais là encore, cela dépend des structures régionales. Les personnes ont déjà indiqué qu'elles parvenaient à peine à faire le travail que nous leur avons demandé dans le cadre de la stratégie sur le diabète.

**Le sénateur Cochrane:** Madame Bayers, je suis impressionnée par ce que vous avez dit au sujet de Weight Watchers. Est-ce que vous avez des statistiques sur le nombre de patients atteints de maladies cardiaques ou de diabète qu'a aidés votre programme?

**Mme Bayers:** Je n'ai pas cette information. Mais je peux certainement consulter les données disponibles et vous revenir là-dessus.

**Le sénateur Cochrane:** Est-ce que vous proposez certaines de ces personnes, celles qui réussissent, comme modèles?

**Mme Bayers:** Oui, mais pas celles dont j'ai parlé. Par contre, nous invitons souvent des particuliers comme conférenciers. Nous nous en servons dans notre publicité, dans les articles de magazines, et cetera. C'est très inspirant.

**Le sénateur Cochrane:** Monsieur West, permettez-moi de citer une statistique que j'ai ici et au sujet de laquelle j'aimerais connaître votre réaction.

En 2027, soit dans 25 ans, les dépenses en soins de santé des gouvernements provinciaux et territoriaux devraient être de 247 p. 100 plus élevées qu'elles n'étaient en 1999-2000.

**M. West:** Ma réaction est que vous avez probablement raison, si on continue avec le modèle actuel. C'est pourquoi je crois qu'il faut changer le modèle. Bien qu'il soit un peu draconien de proposer de réitérer 1962, même en adoptant des mesures comme le ticket modérateur, nous ne pouvons pas absorber cette augmentation de 247 p. 100.

Nous devons cesser de jouer avec les marges. Nous devons faire ce changement et le plus tôt sera le mieux.

**Le président:** Je tiens à vous remercier tous d'être là aujourd'hui. Nous avons passé une heure et demie très intéressante.



Our last panel this afternoon consists of Bertha Paulse, CEO of the Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation, and Karen McGrath, Executive Director, Health and Community Services for the St. John's region.

**Ms Bertha H. Paulse, Chief Executive Officer, Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation:** Honourable senators, the Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation is very pleased to make this presentation to your public hearings on the state of Canadian health care system.

When the publicly funded health care system was introduced in 1967, our population was relatively young and the acute care delivery model was appropriate for managing episodic periods of illness. Today, our demographics are different. The aging population and chronic health issues are presenting major challenges for the health care system. Consequently, we must consider other health care delivery models so that we manage chronic diseases more effectively and efficiently.

Cancer, a chronic disease, commonly occurs among the elderly population. Cancer incidents will double, mortality rates will outpace cardiovascular diseases, and survival rates will not improve during the next 15 years. This combined with new developments in treatment will lead to a very significant financial impact on Canadian society and will threaten the sustainability of the health care delivery system as we know it today. In spite of the advances in cancer knowledge and technology over the past 10 years, many shortfalls exist for a comprehensive cancer control program, both in Newfoundland and Labrador and throughout Canada.

This presentation will focus on the importance of an organized system of cancer control, highlight shortfalls for a cancer control program for the province of Newfoundland and identify four critical elements that need to be addressed for improving cancer services and rebalancing our focus in this province for consistency with the national cancer control strategy.

I have not given you any information on the national cancer control strategy, but I would refer you to their Web site at [www.cancercontrol.org](http://www.cancercontrol.org).

Let me highlight the four critical elements as we see it. The first is preventative oncology programs.

Cancer prevention and screening have the most potential for saving thousands of lives among Newfoundlanders and Labradorians and for reducing future health care costs. The risk factors for cancer are similar to those of other chronic diseases. Therefore, an investment in cancer prevention will also reduce death and disability for other chronic diseases as well. A screening program that uses existing evidence-based strategies for breast, cervical and colorectal cancers will result in a 5 per cent reduction, approximately, in overall cancer mortality. An early diagnosis as a

Notre dernier panel cet après-midi est composé de Mme Bertha Paulse, PDG de la Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation, et de Mme Karen McGrath, directrice générale, Santé et services communautaires pour la région de St. John's.

**Mme Bertha H. Paulse, présidente-directrice générale, Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation:** Honorables sénateurs, la Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation est très heureuse de comparaître à vos audiences publiques sur l'état du système de soins de santé au Canada.

Lorsque le système de soins de santé financé par l'État a été mis en place en 1967, notre population était relativement jeune et le modèle de prestation de soins de courte durée suffisait pour soigner les maladies qui sévissaient à l'occasion. La situation démographique n'est plus la même aujourd'hui. La population vieillissante et les occurrences de soins de santé chroniques menacent l'efficacité du système de soins de santé. Par conséquent, nous devons envisager d'autres modèles de prestation de soins de santé afin de traiter les maladies chroniques de façon plus efficace et efficiente.

Les personnes âgées sont souvent victimes de cette maladie chronique qu'est le cancer. Le nombre de cancers va doubler, les taux de mortalité attribuables à cette maladie excéderont les taux de décès causés par les maladies cardiovasculaires et les probabilités de survie ne s'amélioreront pas au cours des 15 prochaines années. Ces conditions et les progrès dans les techniques de traitement imposeront un lourd fardeau à la société canadienne et compromettront le système de soins de santé tel que nous le connaissons aujourd'hui. Malgré les progrès technologiques réalisés au cours des 10 dernières années pour vaincre le cancer, nous sommes loin de posséder un programme de contrôle total du cancer, tant à Terre-Neuve et au Labrador que dans tout le Canada.

Mon exposé portera surtout sur l'importance d'un système structuré de contrôle du cancer; je soulignerai ce qui nous empêche d'avoir un programme de contrôle du cancer à Terre-Neuve; et je décrirai les quatre éléments essentiels qui doivent être redressés pour améliorer les services d'oncologie et réévaluer nos objectifs pour que notre province s'harmonise avec la stratégie nationale du contrôle du cancer.

Je ne vous ai pas exposé cette stratégie, mais vous pouvez consulter le site Web à l'adresse suivante: [www.cancercontrol.org](http://www.cancercontrol.org).

Permettez-moi de vous préciser ces quatre éléments essentiels selon nous. Le premier, les programmes préventifs d'oncologie.

La prévention et la détection du cancer sont les deux interventions les plus susceptibles de sauver la vie de milliers de Terre-Neuviens et d'habitants du Labrador tout en réduisant les coûts futurs des soins de santé. Les facteurs de risque du cancer sont les mêmes que ceux d'autres maladies chroniques. Par conséquent, un investissement dans la prévention du cancer réduira tout autant le nombre de décès et d'invalidités attribuables à d'autres maladies chroniques. Un programme de détection qui utiliserait les techniques et les expériences cliniques existantes

result of screening interventions will reduce the cost impact on individuals, the health delivery system, and society.

The second critical element is diagnosis and treatment. An excessive delay from the time a patient experiences symptoms to the time of definitive diagnosis of cancer can affect clinical and psychological outcomes. A delay in diagnosis will result in progression of the disease and the unlikelihood of a successful treatment outcome; as well, the patient will experience extreme anxiety and frustration.

Over the past five years in this province, the number of referrals for newly diagnosed cancer patients to the formal cancer system has increased by 20 per cent. The incidents of cancer increase annually. The lack of resources committed to cancer services in this province has a significant impact on access to care, fairness and equity. The system does not have the capacity for assessing and caring for patients in a timely manner for optimal treatment outcomes. Patients are either required to wait for lengthy periods or receive care that may be inappropriate and not based on best practices.

Professionals in this province are expected to carry patient caseloads in excess of national standards and recommendations by professional associations. Consequently, professionals become extremely dissatisfied because of the lack of opportunities to engage in research, academia, clinical trials, and evaluation of best practice. These professionals become extremely disenchanted and seek better opportunities in other parts of Canada.

The third critical element is supportive and palliative care. We see these as core components of a cancer program. Such services should be integrated throughout the cancer journey, regardless of whether care is delivered in cancer centres as part of the community care or within hospitals.

The fourth critical element is information management and evaluation. The role of information management is to enable and facilitate cancer control interventions through the use of information and communications technologies. A key step in capitalizing on opportunities to evaluate the effectiveness and efficiency of a cancer program depends on the collection of and access to high-quality data on a wide range of dimensions related to cancer. Standardized and linked datasets are needed for identifying risk behaviours, health services utilization and measuring treatment outcomes such as survival and quality of life.

The immediate future for cancer services in this province is daunting, given the growth and aging of the population, the out-migration of young people, the incidents of cancer and the lack of resources available and committed to cancer services.

**Ms Karen McGrath, Chief Executive Officer, Health and Community Services, St. John's Region, Newfoundland:** Senators, before I begin, I would like to make a clarification.

pour les cancers du sein, du cerveau et du côlon permettrait de réduire d'environ 5 p. 100 les taux de mortalité attribuable à toute forme de cancer. Un diagnostic précoce établi à la suite d'interventions de détection réduira les coûts pour les particuliers, le système de soins de santé et la société.

Le deuxième élément essentiel, le diagnostic et le traitement. Un retard excessif à partir du moment où le patient éprouve des symptômes jusqu'à celui où on diagnostique un cancer peut avoir des répercussions sur les résultats cliniques et psychologiques. Un retard dans le diagnostic se traduira par une progression de la maladie et la diminution des chances d'un traitement efficace; de même, le patient vivra une anxiété et une frustration extrêmes.

Depuis cinq ans dans la province, le nombre de renvois au système officiel de traitement du cancer de nouveaux patients a augmenté de 20 p. 100. Le nombre de cancers augmente tous les ans. L'absence de ressources affectées aux services d'oncologie dans la province a des répercussions importantes sur l'accès aux soins, sur la dignité et sur l'équité. Le système n'a pas la capacité d'évaluer et de traiter les patients à temps pour obtenir le traitement optimal. Les patients doivent soit attendre de longues périodes, soit recevoir des soins qui ne sont peut-être pas appropriés et qui ne reposent pas sur les pratiques exemplaires.

Les spécialistes de la province doivent traiter plus de patients que ne le prévoient les normes nationales et ce que recommandent les associations professionnelles. Ils deviennent donc extrêmement insatisfaits parce qu'ils ne peuvent faire de la recherche, des études universitaires, des essais cliniques et évaluer les pratiques exemplaires. Ces spécialistes éprouvent une grande déception et cherchent de meilleures conditions ailleurs au Canada.

Le troisième élément, les soins palliatifs et de soutien. À notre avis, ce sont les éléments clés d'un programme de traitement du cancer. Ces services devraient être intégrés dans tout le continuum de traitement du cancer, peu importe que les soins soient offerts dans les centres d'oncologie dans le cadre d'un programme de soins communautaires, ou dans les hôpitaux.

Le quatrième élément essentiel, l'évaluation et la gestion de l'information. Le rôle de la gestion de l'information est de permettre et de faciliter les interventions de contrôle du cancer par l'utilisation de l'information et des technologies de communications. L'une des étapes essentielles pour tirer profit au maximum des possibilités d'évaluer l'efficacité et l'efficience d'un programme d'oncologie dépend de la collecte et de la disponibilité de données de haute qualité sur une vaste gamme d'éléments liés au cancer. Il faut des bases de données normalisées et reliées entre elles pour repérer les comportements à risque, assurer l'accès aux services de santé et mesurer les résultats des traitements comme la survie et la qualité de la vie.

L'avenir immédiat des services d'oncologie dans cette province est déconcertant, compte tenu de la croissance et du vieillissement de la population, du départ des jeunes, des incidences de cancer et de l'absence de ressources disponibles et affectées aux services d'oncologie.

**Mme Karen McGrath, présidente-directrice générale, Santé et services communautaires, Région de St. John's, (Terre-Neuve):** Honorables sénateurs, avant de commencer, j'aimerais



While I am the CEO of the Health and Community Services Organization that Roy West would like to eliminate, I am not speaking in that regard this afternoon. I am the National President of the Canadian Mental Health Association as well as the division president here in St. John's. However, more particularly, I have been working in mental health for 20-plus years and it is from that perspective that I will speak.

I have identified in my written presentation some important issues. The first one relates to reform of the mental health system. I would like to postulate that while that reform can be contemplated in line or parallel to reform of the health system reform, I also think it is separate from the larger health system reform.

I would like to discuss with you the move to something we have espoused in mental health for many, many years, that is, a move to a community-based system. May I say that we have espoused it rather than actioned it. In that context, I would like to have some discussion on the notion of home support for mental health consumers, people who use the mental health system, and also creative use of one of our scarce resources, psychiatrists.

I would like to have some discussion on the issue of family burden. Unlike many other illnesses, mental illness puts a significant burden on the family. I would also like to talk about the fact that we are the only illness where in times of crisis the police respond instead of an ambulance.

The notion of mental health promotion, it being a different kind of promotion than Cathy Donovan and Roy West talked about, needs to be understood in the context of health system reform and the whole notion of early intervention. There has been a lot of talk about early intervention in the health system.

We have not been able to action that either, is my impression. I think if we are talking truly about mental health reform in this country, we have to talk about early intervention.

The above are themes that are explored in my written presentation. I would now be happy to explore them with you in the question and answer period.

**The Chairman:** Ms Paulse, what is the waiting time for cancer treatment here? In some parts of the country, one hears that it takes ages to get treatment. What is the situation here?

**Ms Paulse:** The wait time is sometimes varied by disease site, but the average wait time is eight to ten weeks for radiation therapy.

**The Chairman:** That is after diagnosis?

**Ms Paulse:** After diagnosis has been confirmed and the patient has had surgery, the wait time can vary anywhere from six to eight to ten weeks.

**The Chairman:** If the situation were different, if resources were not a problem, what would a reasonable wait time be?

apporter une précision. Même si je suis PDG de l'organisation que Roy West voudrait éliminer, ce n'est pas à ce titre que je comparais devant vous cet après-midi. Je suis présidente nationale de l'Association canadienne pour la santé mentale et présidente de la division ici à St. John's. J'ajoute que je travaille dans le domaine de la santé mentale depuis plus de 20 ans et c'est de ce point de vue que je ferai mon exposé.

Dans mon mémoire, j'ai relevé certains enjeux importants. Le premier concerne la réforme du système de santé mentale. Je tiens à dire au départ que bien que cette réforme puisse être envisagée en parallèle avec la réforme du système de santé, je pense aussi qu'elle est distincte de la réforme de l'ensemble du système.

J'aimerais discuter avec vous les mesures que nous avons prises en matière de santé mentale depuis de nombreuses années, c'est-à-dire l'orientation vers un système communautaire. Je dois dire que nous avons plutôt endossé qu'appliqué cette mesure. Dans ce contexte, j'aimerais aborder la notion de soutien à domicile pour les gens qui ont des problèmes de santé mentale, les gens qui utilisent le système de santé mentale, de même que l'intervention innovatrice de l'une de nos rares ressources, les psychiatres.

J'aimerais également discuter du problème du fardeau imposé à la famille. Contrairement à de nombreuses autres maladies, la maladie mentale est accablante pour la famille. Et je mentionnerai que la maladie mentale est la seule instance où en période de crise, on appelle la police plutôt que l'ambulance.

La notion de promotion de la santé mentale, qui est différente de la promotion dont ont fait état Cathy Donovan et Roy West, doit être comprise dans le contexte de la réforme du système de santé et de toute la notion de l'intervention précoce. On a beaucoup parlé d'intervention précoce dans le système de santé.

J'ai bien l'impression que nous n'avons pas non plus été capables d'appliquer cette méthode. Je pense que si on s'intéresse vraiment à la réforme du système de santé mentale au Canada, il faut insister sur l'intervention précoce.

Ce sont des thèmes que j'ai explorés dans mon mémoire. Je me ferai maintenant un plaisir de les examiner avec vous au cours de la période de questions et réponses.

**Le président:** Madame Paulse, combien de temps faut-il attendre ici pour obtenir un traitement du cancer? Dans certaines régions du pays, on dit qu'il faut attendre des siècles avant d'être traité. Quelle est la situation ici?

**Mme Paulse:** La période d'attente varie parfois selon la localité du patient, mais la période d'attente moyenne est de huit à dix semaines pour la radiothérapie.

**Le président:** Après le diagnostic?

**Mme Paulse:** Après confirmation du diagnostic et après que le patient a été opéré, le temps d'attente peut être de six, huit ou dix semaines.

**Le président:** Si la situation était différente, si les ressources n'étaient pas un problème, quelle serait une période d'attente raisonnable?

**Ms Paulse:** Three to six would be the optimum time.

**The Chairman:** So there is a wait involved.

**Ms Paulse:** Yes. There is the waiting period following surgery also.

**The Chairman:** That has to be subtracted from the eight to ten weeks; correct?

**Ms Paulse:** Absolutely. The area where we have a major challenge is the wait time consultation for medical oncologists.

Newfoundland is the last province to have a medical oncology program: we have only had this program since 1995. Since then, over the last six years, we have experienced difficulty even attracting medical oncologists to the province. Once we get them here, we have problems retaining them. Over the last two years, we have had a turnover of somewhere in the vicinity of 10 medical oncologists.

They leave for the reasons I talked about earlier: Their caseloads are so demanding that there is no opportunity for them to be involved in research or academic work; neither is there any time for evaluation of the work they are doing. Consequently, they become totally disillusioned.

Of course, the other challenge we face involves the salary scales in this province.

**The Chairman:** Ms McGrath, two quick questions. You talked about a community-based mental health program. By the way, we are delighted that you made a presentation on mental health. There have only been two other occasions where we have had comments on mental health. It is really the forgotten part of the health care system.

What do you mean by a community-based system? Can you describe that in more detail.

**Ms McGrath:** For about 25 years now, the mental health literature has said that hospitalization for mental health consumers should be the exception.

**The Chairman:** Or institutionalized.

**Ms McGrath:** Absolutely. All services, including active treatment and ongoing support, treatment for those who are acutely ill, and mental health promotion, should be located in the community. If these services are targeted at the most significant user, the person with the mental illness, then de facto they should target everybody else with a mental health problem.

**The Chairman:** You made a reference to the scarce use of psychiatrists, or a scarce resource. Where do you place other counsellors? I am thinking of social workers and clinical psychologists, for example. Do you regard them as an integral part of your mental health program?

The reason I ask the question is that the medical profession does not always have a positive view of people who do counselling.

**Mme Paulse:** Trois à six semaines, au maximum.

**Le président:** Donc il faut attendre.

**Mme Paulse:** Oui. Il y a une période d'attente après la chirurgie également.

**Le président:** Qu'il faut soustraire des huit à dix semaines, n'est-ce pas?

**Mme Paulse:** Absolument. Là où il y a le plus grand problème, c'est au sujet de la période d'attente de consultation des oncologues.

Terre-Neuve est la dernière province à avoir eu un programme d'oncologie, et ceci depuis 1995 seulement. À partir de ce moment-là, soit depuis plus de six ans, nous avons éprouvé des difficultés même à attirer des oncologues dans la province et une fois sur place, nous arrivons à peine à les garder. Depuis deux ans, à peu près dix oncologues sont passés chez nous.

Ils quittent la province pour les raisons dont j'ai parlé tout à l'heure. Leur charge de travail est tellement exigeante qu'ils ne peuvent faire de recherche ou de travaux universitaires, ils n'ont pas non plus le temps d'évaluer le travail qu'ils font, ils perdent donc toutes leurs illusions.

Sans parler de l'échelle salariale dans la province.

**Le président:** Madame McGrath, deux questions rapides. Vous avez évoqué un programme de santé mentale axé sur la collectivité. Au fait, nous sommes contents que vous ayez fait un exposé sur la santé mentale. Vous êtes la troisième personne qui aborde cette question. C'est véritablement l'élément oublié du système de soins de santé.

Qu'est-ce que vous entendez par un système axé sur la collectivité? Pouvez-vous nous le décrire plus en détail

**Mme McGrath:** Depuis environ 25 ans maintenant, les documents sur la santé mentale font de l'hospitalisation pour les patients atteints de maladie mentale une exception.

**Le président:** Ou l'institutionnalisation.

**Mme McGrath:** Absolument. Tous les services, y compris le traitement actif et le soutien constant, le traitement des malades graves, et la promotion de la santé mentale, tout cela devrait se faire dans la collectivité. Si tous ces services visent l'utilisateur le plus important, c'est-à-dire la personne atteinte de maladie mentale, alors de facto, toutes les personnes ayant un problème de santé mentale devraient également être traitées dans la collectivité.

**Le président:** Vous déplorez la pénurie de psychiatres, ou leur peu de disponibilité. Où situez-vous les autres conseillers? Je pense aux travailleurs sociaux et aux psychologues cliniques, par exemple. Est-ce que vous les considérez comme faisant partie intégrante de votre programme de santé mentale?

Si je pose la question, c'est que la profession médicale n'a pas toujours une bonne opinion des gens qui font du counselling.



**Ms McGrath:** I am a social worker. I am president of the Newfoundland and Labrador association of social workers.

In mental health, I would argue that the role of other professionals is well acknowledged, particularly in this province. I do not think that is an issue in this province. In other provinces, however, I agree with you that there have been problems with full integration.

What I am referring to is the necessity of a psychiatric diagnosis, from which other interventions can flow. Hence, I would argue — and the psychiatrists would be absolutely floored if they heard me say this — that each person who has a mental illness needs at least once in his or her lifetime to have a definitive diagnosis, so they need to see a psychiatrist for that. The ongoing support can come from others.

**The Chairman:** I was worried from your comment that you meant to the exclusion of other mental health professionals.

**Ms McGrath:** No, no, absolutely not.

**The Chairman:** On page 5 of your written presentation, you say:

A broad brush promotion/education campaign about coping strategies and or ideas for stress reduction. Promotion of mental health has to be risen to the same level of consciousness in the general population that we have accomplished with respect to smoking and/or fat intake.

I could not agree more.

How would one even begin to go about that? There is a stigma attached to mental health illness. I am of the generation that grew up talking about the insane asylum. That was not meant to be pejorative — that is what the building was called. It seems to me we have got a huge public education process in front of us. Mind you, we are seeing this now with various ads on television for diseases that were never talked about a long time ago. Any thoughts?

**Ms McGrath:** I think you are absolutely right. I do not think we have as big a journey as we thought we had four or five years ago, quite frankly. If you survey some of the national news media, you will find many U.S. citizens saying that they are stressed as a result of what happened on September 11, and that is how they actually describe it. They are talking about having long-term effects.

I come from the school of thought that says: "Call it what it is. Let's not call it something else." If it is mental illness, let's call it mental illness. Let's normalize it by saying that we all have mental health and we all have to look after it. Then we can talk about ways to manage mental health, a campaign something like ParticipACTION put in place, about the benefits of running, walking and bicycling. We can talk about the benefits of taking a hot bath, drinking a cup of tea, lighting a candle, exploring spirituality. I think what sells in terms of the media is tips, fast one-liners that identify for people what they can do to take control of their own mental health.

**Mme McGrath:** Je suis travailleuse sociale. Je suis présidente de l'Association des travailleurs sociaux de Terre-Neuve et du Labrador.

En santé mentale, je dirais que le rôle des autres spécialistes est bien reconnu, surtout ici. Je ne pense pas que ce soit un problème. Dans d'autres provinces, cependant, j'admets qu'il y a des problèmes en ce qui a trait à leur intégration complète.

Ce que je veux dire, c'est qu'on a besoin du diagnostic d'un psychiatre pour poursuivre le traitement. Ainsi, je soutiens — et les psychiatres seraient absolument terrassés de m'entendre dire cela — que chaque personne qui a une maladie mentale a besoin au moins une fois dans sa vie d'avoir un diagnostic sûr, donc elle a besoin de voir un psychiatre pour cela. Le reste peut être confié à d'autres personnes.

**Le président:** Je craignais que vous excluez l'apport d'autres spécialistes de la santé mentale.

**Mme McGrath:** Non, non, absolument pas.

**Le président:** À la page 5 de votre mémoire, vous dites:

Une très vaste campagne d'éducation et de promotion sur les stratégies de traitement ou d'autres idées pour réduire le stress. La promotion de la santé mentale doit être élevée au même niveau de conscientisation dans la population que ce que nous avons accompli avec le tabagisme et le gras.

Je suis tout à fait d'accord.

Mais où commencer? Il y a ce stigmatisme qui frappe la maladie mentale. Je suis de la génération de ceux qui ont grandi en parlant de l'asile. On ne voulait pas être péjoratif — c'est comme ça que le bâtiment s'appelait. Il me semble que nous devons faire beaucoup d'éducation du public. Voyez-vous, on nous présente aujourd'hui diverses annonces télévisées de maladies dont on ne parlait pas il y a longtemps. Qu'en pensez-vous?

**Mme McGrath:** Je crois que vous avez tout à fait raison. Franchement, je ne pense pas que la route soit aussi longue qu'on le croyait il y a quatre ou cinq ans. Si vous lisez un certain nombre de médias nationaux, vous constaterez que de nombreux citoyens américains se déclarent stressés à la suite des événements du 11 septembre. C'est ce qu'ils disent. Ils croient qu'ils seront affectés longtemps.

J'ai pour mon dire qu'un chat, c'est un chat. Si c'est une maladie mentale, qu'on appelle ça une maladie mentale. Soyons conscients en disant que nous avons tous une santé mentale dont nous devons nous occuper. Ensuite, on pourra prendre soin de cette santé mentale, par exemple en menant une campagne comme ParticipACTION qui a été mise en place sur les avantages de la course, de la marche et de la bicyclette. On peut parler des avantages qu'il y a à prendre un bain chaud, à boire une tasse de thé, à allumer une chandelle, à invoquer la spiritualité. Je pense que les médias sont bien adaptés pour des bribes d'information, des slogans qui incitent les gens à faire ce qu'ils doivent pour bien gérer leur propre santé mentale.

**The Chairman:** Has your organization, or anybody that you know of, developed the outline of such a program?

**Ms McGrath:** Actually, our organization, the one that we are going to eliminate, has done what we call cashless coping strategies — ten things you can do that will not cost anything but are guaranteed to improve your mental health — and we have used them now on three or four occasions. In fact, they are a huge hit, an absolute hit. We have an outline of those kinds of things that certainly could be used.

**The Chairman:** When this meeting concludes, I would love to see those. The committee would love to see those, so we will talk to you about how you do that.

**Senator Cook:** Ms McGrath, I want to talk about the coping skills and the lifestyles of this client population that we are discussing. I am aware of places like the Pottle Centre and Emmanuel House, places that try to put people back together again, give them coping skills to be healthy and happy.

For people with mental health problems, there are not a lot of support systems to help them live in the community. There are supports here and there, but there is no strong strategy, no lifeline for them. I would like your comments on that.

**Ms McGrath:** Absolutely. That is why I divided my discussion between mental illness and mental health concerns generally in the population.

Currently, most people with a major mental illness in Canada do not live a very dignified life. They generally live isolated. They generally live disconnected. They generally live from hospital admission to hospital admission. The reason for that is a lack of interconnected coordinated services to support them once they are discharged from hospital. When they are discharged from the hospital, they return to that isolated non-dignified way of living. They may have short spurts in which they get a really good program, but generally most of the programs are time limited. Mental illness is not time limited.

An individual who has had a major mental illness diagnosis will die with that diagnosis. The individual can learn to live with the illness, can learn to live a dignified life, but he or she will die with the diagnosis. That is why the mental health system has to think in long term rather than in short term.

The other thing that is important is early intervention. While we can talk about coping skills for today and about remedial work with mental health consumers, the real work, Senator Cook, has to begin at birth. We must intervene there; we must teach coping skills at that juncture. We have to be able to better target children who are at risk for developing a mental illness. We do know some of the indicators, and if we target them from birth, almost immunize them in terms of coping skills, then as their mental illness unfolds, and unfold it will, they will have those coping skills to draw on.

**Le président:** Est-ce que votre organisation ou quelqu'un d'autre a réfléchi à un tel programme?

**Mme McGrath:** En fait, notre organisation, celle qui va être éliminée, a mis en place ce que nous appelons des stratégies d'adaptation sans frais — dix choses que l'on peut faire et qui ne coûteront rien à personne mais qui sont garanties d'améliorer votre santé mentale — et nous les avons utilisées à trois ou quatre reprises. En fait, elles ont beaucoup de succès. Nous avons des idées qui pourraient certainement être mises en valeur.

**Le président:** À la fin de la réunion, j'aimerais les voir. Le comité aussi, et nous pourrions donc vous demander comment vous procédez.

**Le sénateur Cook:** Madame McGrath, j'aimerais parler des capacités d'adaptation et du style de vie de cette clientèle dont nous discutons actuellement. Je connais des endroits comme le Pottle Centre et la Emmanuel House, des endroits où l'on essaie de réunir les gens, de leur donner les compétences d'adaptation nécessaires pour être en santé et heureux.

Il n'y a pas beaucoup de systèmes de soutien pour aider les gens qui ont des problèmes de santé mentale à vivre dans la collectivité. Il y en a ça et là, mais il n'y a pas de stratégie solide, pas de bouée de sauvetage pour eux. J'aimerais savoir ce que vous en pensez.

**Mme McGrath:** Je suis tout à fait d'accord avec vous. C'est pourquoi j'ai divisé ma discussion entre la maladie mentale et les préoccupations générales concernant la santé mentale dans la population.

Actuellement, la plupart des gens qui souffrent d'une maladie mentale grave au Canada ne vivent pas une vie très digne. En général, ils vivent isolés, déconnectés de la réalité. Ils passent en général de l'hôpital à la maison et de la maison à l'hôpital. C'est parce qu'il n'y a pas de services coordonnés et interreliés pour les aider en dehors de l'hôpital. Hors de l'hôpital, ils retournent à leur mode de vie isolé et difficile. Ils peuvent bénéficier de courts moments de participation à un vrai bon programme, mais la plupart des programmes sont limités dans le temps. Pas la maladie mentale.

Une personne chez qui on a diagnostiqué une maladie mentale grave mourra avec ce diagnostic. La personne peut apprendre à vivre avec sa maladie, peut apprendre à vivre une vie plus digne, mais elle va mourir avec ce diagnostic. C'est pourquoi le système de santé mentale doit envisager la situation à long terme et non à court terme.

L'autre chose d'importance, c'est l'intervention précoce. On peut bien parler de compétences d'adaptation pour aujourd'hui et de remèdes pour les personnes atteintes de maladie mentale, mais, madame le sénateur, le véritable travail doit commencer à la naissance. C'est à ce moment-là que nous devons intervenir et enseigner les capacités d'adaptation. Nous devons être en mesure de mieux déceler les enfants qui risquent de développer une maladie mentale. Nous connaissons effectivement certains indicateurs, et si on les détecte à la naissance, on les immunise presque en leur permettant de s'adapter. Lorsque la maladie mentale se présentera, et elle ne fera pas défaut, ils auront les compétences d'adaptation nécessaires qu'ils pourront utiliser.



**Senator Cook:** Is my dream of a cluster approach, where all the health care providers act in a multifaceted way, something you would support?

**Ms McGrath:** The person with the mental illness must be at the centre of that approach. The rest of us have to provide a service to that individual. There must be a range of services available, because the needs of those individuals are so varied.

**Senator Cook:** Is it achievable?

**Ms McGrath:** It is achievable. Not only is it achievable, but also we know we can do it. We just have to do it.

**Senator Cook:** Ms Paulse, we heard earlier today that the treatment of illness is squeezing out health and promotion, particularly in the area of public health. My question for you is this: While cancer treatment is an active part of the illness piece of cancer, do you have an opportunity to do data collection and run it back through the system, or do you suffer from the pressures the public health system suffers from, that by the time they get through the community care and the nursing piece there is not a lot of time left for education and promotion?

**Ms Paulse:** Actually, we track cancer incidents and mortality rates for the population. Of course, we are part of a national database. Basically, we can do some excellent projections about cancer incidents over the next five, ten, fifteen, twenty years. We have historical data going back to 1969.

That being said, our information systems are still underdeveloped. For example, we are not tracking risk factors related to cancer. There are risk factors related to cancer that are not dissimilar to risk factors for other chronic diseases, as I have previously said. What we have to do, if we want to make a difference to cancer incident rates and mortality rates, is work collectively with other groups, such as community health, and other volunteer organizations that are promoting and fostering that whole health promotion and prevention piece. We have to work together. If we can make a difference for cardiovascular disease, we can also make a difference for cancer. I am talking about cessation of smoking, dietary interventions, and some of those other strategies. We know that those work as well for cancer in lowering the incident rate as what they do for cardiovascular respiratory diseases.

**Senator Cook:** The data that you accumulate, as well as other data that is available, runs back in through the system: correct?

**Ms Paulse:** Yes, it is available through the system.

**Senator Robertson:** Both presentations were delightful and thoughtful. Newfoundland is lucky to have both of you.

Ms McGrath, you talked about starting to work with mental patients at birth or very early. What percentage of mental health

**Le sénateur Cook:** Seriez-vous encline à accepter mon rêve d'une approche par grappes, où tous les fournisseurs de soins de santé agissent sur plusieurs plans à la fois?

**Mme McGrath:** La personne qui est aux prises avec la maladie mentale doit être au centre de cette approche. Nous, nous devons lui offrir les services. Il doit y avoir toute une gamme de services disponibles parce que les besoins de ces personnes sont tellement variés.

**Le sénateur Cook:** Est-ce que c'est réalisable?

**Mme McGrath:** Oui. Non seulement c'est réalisable, mais nous savons aussi que nous pouvons y arriver. Il faut simplement mettre l'épaule à la roue.

**Le sénateur Cook:** Madame Paulse, nous avons entendu plus tôt aujourd'hui que le traitement de la maladie vient contracter les crédits affectés à la santé et à la promotion, surtout dans le domaine de la santé publique. Ma question est la suivante: Bien que le traitement du cancer soit un aspect actif du cancer en général, avez-vous l'occasion de recueillir des données et de les utiliser dans tout le système, ou subissez-vous les mêmes pressions que le système de santé publique, à savoir qu'une fois les soins communautaires et les soins infirmiers prodigués, il ne reste pas beaucoup de temps pour l'éducation et la promotion?

**Mme Paulse:** En fait, nous faisons un suivi des incidences de cancer et des taux de mortalité pour la population. Bien sûr, nous inscrivons ça dans une base de données nationale. Essentiellement, nous pouvons effectuer d'excellentes projections au sujet des cas de cancer pour les cinq, dix, quinze ou vingt prochaines années. Nous avons des données historiques qui remontent à 1969.

Cela dit, nos systèmes d'information sont encore sous-développés. Par exemple, nous ne faisons pas de suivi des facteurs de risque liés au cancer. Il y a des facteurs de risque liés au cancer qui sont semblables aux facteurs de risque d'autres maladies chroniques, comme je l'ai dit tout à l'heure. Ce qu'il nous faut faire, si nous voulons vraiment extraire les cas de cancer des taux de mortalité, c'est de travailler avec d'autres groupes comme les responsables de la santé communautaire et d'autres organismes bénévoles qui font la promotion de la santé et de la prévention. Nous devons travailler ensemble. Si on peut prévenir les maladies cardiovasculaires, on peut aussi prévenir le cancer. Par exemple, cesser de fumer, avoir une meilleure alimentation, et d'autres stratégies. Nous savons que ces stratégies fonctionnent aussi bien pour diminuer le taux d'incidence du cancer que pour les maladies cardiovasculaires et respiratoires.

**Le sénateur Cook:** Les données que vous accumulez et les autres données disponibles sont consignées dans le système, n'est-ce pas?

**Mme Paulse:** Oui, on les retrouve dans le système.

**Le sénateur Robertson:** Les deux exposés ont été merveilleux et bien sentis. Terre-Neuve est chanceuse de vous avoir toutes les deux.

Madame McGrath, vous avez suggéré de commencer à travailler avec les patients atteints de maladie mentale dès la

problems at birth is related to a disability and what percentage is related to genetics?

**Ms McGrath:** Actually, there is not a definitive answer to that, Senator Robertson. There are still two schools of thought on mental illness. One is genetics, that if your mother experienced depression you are more likely to experience it also. The other is the environment argument, that early life environment is a factor in developing or not developing a major mental illness. Most people who work in the field believe it is a combination of both.

I talked about some indicators. An example of that is that an individual is twice as likely to have a major mental illness if someone in that individual's immediate family has a major mental illness. We know that a child who grows up in systemic poverty is more likely to have a major mental illness. What we are talking about is targeting vulnerable populations.

We can target certain groups who we know are more likely to develop a mental illness. Will we get everybody? No, we will not, but we will, at least, focus our attention on the most vulnerable.

**Senator Robertson:** At one time, it was the fashion to throw all the mentally ill patients out of the psychiatric hospitals. It was the fashion right across the country. We were assured that the appropriate systems and services would be set up in home communities for these patients. What happened? We had all those assurances, but nothing ever happened.

As you say, if there is a crisis, they can only go to two places really, and in most communities in Canada that is either the police station or the hospital. We see these people on the streets. They are not functioning right. We have talked about the street people. Large numbers of these people who were tossed out of the psychiatric hospitals are on the street. What happened? Why were those promises not fulfilled, even partially?

**Ms McGrath:** I do not believe it was malicious. I have to say that.

It involves another bugaboo I have about planning, that is, that you cannot downsize one system while you upsize another. There is no literature in the world that will tell you that that is possible. If changes are planned to one system, the other system has to be built at the same time.

In the situation to which you refer, we were going to build the community system from the dollars saved in the psychiatric hospitals. It never happened because no dollars were saved. The doors in the psychiatric hospitals closed, but there was very little growth in the community.

Some jurisdictions have done a very good job. Senator Cook referred to clusters. There are clusters. The Greater Vancouver Mental Health Centre does a superb job of supporting people with mental illness. There are other best practices around the country that did a good job.

naissance ou très tôt. Quel est le pourcentage entre les problèmes de santé mentale à la naissance liés à un handicap et liés à la génétique?

**Mme McGrath:** En fait, je ne peux pas vous donner de réponse, sénateur Robertson. Il y a encore deux écoles de pensée en ce qui concerne la maladie mentale. La première est génétique: si votre mère a subi une dépression, vous êtes fort susceptible d'en connaître une aussi. L'autre est l'argument environnemental, à savoir que l'environnement dès le début de la vie est un facteur qui permettra de développer ou non une maladie mentale majeure. La plupart des gens qui travaillent dans le domaine croient qu'il s'agit d'une combinaison des deux.

J'ai parlé de certains indicateurs. Par exemple, une personne est doublement susceptible de subir une maladie mentale majeure si quelqu'un de sa famille immédiate est atteint. Nous savons qu'un enfant qui grandit dans la pauvreté systémique est plus susceptible d'avoir une maladie mentale grave. Ce que nous voulons, c'est cibler les populations vulnérables.

On peut cibler certains groupes que nous croyons plus susceptibles de développer une maladie mentale. Est-ce qu'on atteindra tout le monde? Non, mais au moins nous allons nous concentrer sur les plus vulnérables.

**Le sénateur Robertson:** Il fut un temps où il fallait sortir tous les malades mentaux des hôpitaux psychiatriques, et ce, dans tout le pays. On nous assurait que les systèmes et les services appropriés seraient mis en place dans les collectivités de ces patients. Que s'est-il passé? On nous a donné toutes ces assurances, mais rien ne s'est fait.

Comme vous le dites, s'il y a une crise, on ne peut conduire ces gens-là qu'à deux endroits et, dans la plupart des collectivités au Canada, c'est le poste de police ou l'hôpital. On les voit dans les rues, ils ne fonctionnent pas bien. Nous avons parlé des gens de la rue. Un grand nombre de ces personnes qui ont été expulsés des hôpitaux psychiatriques se retrouvent dans la rue. Que s'est-il passé? Pourquoi ces promesses n'ont-elles pas été respectées, même partiellement?

**Mme McGrath:** Je ne crois pas que ce soit intentionnel. Il faut le dire.

Ça rejoint une autre marotte que j'ai au sujet de la planification, c'est-à-dire qu'on ne peut pas réduire un système au profit d'un autre. Aucun document dans le monde ne vous dira que cela est possible. Si vous prévoyez apporter des changements à un système, l'autre système doit être prêt en même temps.

Dans la situation que vous mentionnez, on devait établir le système communautaire à partir de l'argent économisé dans les hôpitaux psychiatriques. Cela ne s'est jamais produit parce qu'il n'y a pas eu d'économies. Les portes des hôpitaux psychiatriques se sont fermées, mais la collectivité n'en a jamais profité.

Certaines provinces ont fait un très bon travail. Le sénateur Cook a parlé des grappes. Il y a des grappes. Le Greater Vancouver Mental Health Centre fait un travail superbe pour aider les gens qui souffrent de maladie mentale. Il y a d'autres pratiques exemplaires au pays qui vont dans ce sens aussi.



Did we do a good job as a system? We did a dismal job as a system, quite frankly, because we did not build up the other system when we were closing down the beds in the psychiatric hospitals.

**Senator Robertson:** That is very helpful, the building up as you size down, and not only in mental health.

**The Chairman:** We have seen the same thing in the provinces, where acute hospital beds were closed with the intention of replacing them with better home care and other things. What they did, of course, was close the beds and never create the replacement.

**Senator Robertson:** My last question is for Ms Paulse. On page 4 of your written presentation, you say:

Patients are either required to wait for lengthy periods or receive care that may be inappropriate and not based on best practices.

We have heard that right across the country with respect to cancer care. There are very few centres that have the type of care that is required.

Do you know of Dr. Thomas McGowan, his after-hours radiation treatment clinic located at Sunnybrook in Toronto?

**Ms Paulse:** Yes, I have.

**Senator Robertson:** We have heard a lot about private funding. I just want to put this out, to see what you think of it now. The waiting lists at Sunnybrook were such that the patients were unhappy and the doctors were unhappy. Dr. McGowan convinced the Sunnybrook board that he would bring in a private oncology unit that would treat patients either in radiology or chemotherapy.

**Ms Paulse:** Radiation oncology only.

**Senator Robertson:** Radiation only?

**Ms Paulse:** Yes.

**Senator Robertson:** Radiation oncology; okay.

Dr. McGowan's clinic was set up to operate when regular oncologists were not working at the hospital. Most of the staff in the clinic are people who want to work part-time. His clinic uses the equipment at Sunnybrook. The clinic bills the government the exact charge it would be billed had the radiation treatment been done by regular hospital staff.

Do you see anything wrong with that?

**Ms Paulse:** Providing there is no cost to the patient.

In fact, I was at the Sunnybrook Regional Cancer Centre just two weeks ago, and I met with Dr. McGowan. We do — and it is well recognized — have overcapacity in the system.

Yes, we have treatment machines that shut down at five o'clock at night. We could do something similar, but we are limited by staff availability. In a province such as Ontario, there are probably

Est-ce que notre système a été efficace? Non, bien honnêtement, parce que rien n'a remplacé la fermeture des lits dans les hôpitaux psychiatriques.

**Le sénateur Robertson:** J'aime bien votre théorie et ce système de contrepois ne s'applique pas seulement au domaine de la santé mentale.

**Le président:** La même chose s'est passée dans les provinces où les lits d'hôpitaux pour soins de courte durée ont été fermés dans l'intention de les remplacer par de meilleurs soins à domicile, notamment. Ce qu'on a fait, bien sûr, c'est de fermer des lits et de ne jamais créer les services de remplacement.

**Le sénateur Robertson:** Ma dernière question s'adresse à Mme Paulse. À la page 4 de votre mémoire, vous dites:

Les patients doivent soit attendre longtemps, soit recevoir des soins qui peuvent ne pas être appropriés et ne pas être basés sur les pratiques exemplaires.

C'est ce que nous avons entendu partout au pays en ce qui concerne l'oncologie. Il y a très peu de centres qui offrent le type de soins nécessaires.

Est-ce que vous connaissez le Dr Thomas McGowan, sa clinique de radiothérapie après les heures de travail située à Sunnybrook, à Toronto?

**Mme Paulse:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** On a beaucoup entendu parler de financement privé. Je veux simplement vous en parler pour voir ce que vous en pensez. Les listes d'attente à l'hôpital Sunnybrook étaient telles que les patients étaient mécontents et les médecins encore plus. Le Dr McGowan a convaincu le conseil d'administration de Sunnybrook qu'il créerait une unité privée d'oncologie capable de traiter les patients en radiologie ou en chimiothérapie.

**Mme Paulse:** En radio-oncologie seulement.

**Le sénateur Robertson:** Seulement?

**Mme Paulse:** Oui.

**Le sénateur Robertson:** En radio-oncologie, très bien.

La clinique du Dr McGowan fonctionne lorsque les oncologues réguliers ne travaillent pas à l'hôpital. La plupart des employés de la clinique veulent travailler à temps partiel. Sa clinique utilise l'équipement de Sunnybrook. La clinique facture au gouvernement le montant exact qui lui serait facturé si le traitement de radiations avait été fait par le personnel régulier de l'hôpital.

Voyez-vous quelque chose de répréhensible là-dedans?

**Mme Paulse:** À la condition que le patient n'absorbe pas les coûts.

En fait, j'étais au Sunnybrook Regional Cancer Centre il y a à peine deux semaines et j'ai rencontré le Dr McGowan. Le système — et cela est bien reconnu — est surchargé.

Oui, nous avons des machines de traitement qui s'arrêtent à 17 heures. Nous pourrions faire quelque chose de semblable, mais nous sommes limités par le manque de personnel. Dans une

far more casual radiation therapists to call upon, and maybe even some additional radiation oncologists.

I have no problem with the concept — it is a far better deal than having to go to Cleveland or Buffalo, or wherever, for treatment. We had that experience last year. We worked with Cancer Care Ontario. We had to send 52 patients outside of our province for treatment.

**The Chairman:** Out of Canada?

**Ms Paule:** Outside of Canada for treatment.

**The Chairman:** So they did not go to Nova Scotia or elsewhere in the country?

**Ms Paule:** No. They went to Cleveland, Ohio. We worked with Cancer Care Ontario for that. It cost us \$1.5 million for 52 patients. Had the resources been available to us, we would not have had any difficulty putting on an extra shift to have those patients cared for within our province. One of the reasons Ontario went in that direction is that they had some barriers to deal with, such as unions, and the availability of people to do that.

**Senator Robertson:** It cost you \$1.5 million?

**Ms Paule:** Yes, that is right.

**Senator Robertson:** What would it have cost you had you been able to treat them here?

**Ms Paule:** As it is, each patient cost us somewhere in the vicinity of \$30,000. To treat a patient in the province would have cost somewhere between \$5,000 and \$7,000.

**Senator Robertson:** You have no problem with the concept: correct?

**Ms Paule:** No, not with the concept.

**Senator Cochrane:** Ms McGrath, with respect to early intervention, is there a pamphlet available — or do you have anything to distribute — within the various clinics advising parents about early intervention? You said that mental illness starts right at birth. How does a parent know what to look for?

**Ms McGrath:** I should be clear. You normally do not see a major mental illness until the teenage years. What I am saying is the vulnerability is there from birth.

The issue with early intervention is that there are things that need to be done in a preventative mode. I would argue that this applies to all children, but for children who are more susceptible, there needs to be an overdose in the growing years in terms of coping skills, self-esteem, self-reliance, and those types of things.

We know, emphatically, that children are wired before they are five years of age. We know that it is from birth to five that we have to do that.

province comme l'Ontario, on trouve probablement plus de spécialistes de la radiothérapie à temps partiel, et même peut-être certains autres radio-oncologues.

Le concept ne me cause pas de problèmes. C'est beaucoup mieux que d'avoir à aller à Cleveland ou à Buffalo, ou peu importe, pour subir son traitement. Nous avons vécu cette expérience l'an dernier. Nous avons travaillé avec Cancer Care Ontario. Nous avons dû envoyer 52 patients à l'extérieur de la province pour fins de traitement.

**Le président:** À l'extérieur du Canada?

**Mme Paule:** Oui.

**Le président:** Donc les gens ne sont pas allés en Nouvelle-Écosse ou ailleurs au pays?

**Mme Paule:** Non. Ils sont allés à Cleveland, en Ohio. Nous avons travaillé avec Cancer Care Ontario pour cela, au coût de 1.5 million de dollars pour 52 patients. Si nous avions eu les ressources, nous n'aurions pas eu de difficulté à créer un quart de travail de plus pour que ces patients reçoivent leur traitement dans notre province. L'Ontario s'est résignée à envoyer ces patients à l'étranger parce qu'elle avait des bâtons dans les roues, les syndicats, la disponibilité des gens.

**Le sénateur Robertson:** Ça vous a coûté 1.5 million de dollars?

**Mme Paule:** Oui, c'est exact.

**Le sénateur Robertson:** Qu'est-ce que cela vous aurait coûté si vous aviez été capables de les traiter ici?

**Mme Paule:** Au moment où on se parle, chaque patient nous coûte dans les environs de 30 000 dollars. Pour traiter un patient dans la province, cela nous aurait coûté entre 5 000 et 7 000 dollars.

**Le sénateur Robertson:** Vous n'avez pas de problème avec le concept, n'est-ce pas?

**Mme Paule:** Non, pas avec le concept.

**Le sénateur Cochrane:** Madame McGrath, en ce qui concerne l'intervention précoce, y a-t-il une brochure disponible — ou avez-vous quelque chose à distribuer — dans les diverses cliniques pour informer les parents au sujet de l'intervention précoce? Vous avez dit que la maladie mentale commence dès la naissance. Comment un parent peut-il s'informer?

**Mme McGrath:** Je vais être claire. Normalement, on ne détecte pas de maladie mentale majeure avant l'adolescence. Ce que je veux dire, c'est que la vulnérabilité existe dès la naissance.

Le problème avec l'intervention précoce, c'est qu'il y a des choses qui doivent être faites de façon préventive. Le problème concerne tous les enfants, mais pour ceux qui sont plus exposés, il faut qu'il y ait une surdose dans les années de croissance en ce qui a trait aux compétences d'adaptation, à l'estime de soi, à la confiance, et ainsi de suite.

On sait instinctivement que les enfants sont fixés avant l'âge de cinq ans. Nous savons que c'est de la naissance à l'âge de cinq ans qu'il faut agir.



If you are asking whether my organization does that, no, we do not. We do not have a children's mental health program. Our mental health program focuses on adults. There are very few children's mental health programs, if any, in this jurisdiction of a health promotion nature at all. Newfoundland and Labrador has very few initiatives that focus on mental health of children.

**Senator Cochrane:** We have had problems here. I know of problems that we have had with teenagers.

**Ms McGrath:** Absolutely. What we do, as I am sure other jurisdictions do, is treat the symptoms, rather than giving people abilities, and I use the word "immunization" for what they need when they are very young.

In terms of an early intervention, anything that has a good parenting component to it de facto immunizes the child for good mental health. Do we have a targeted program? The answer to that is, no, we do not have a targeted program.

**Senator Cochrane:** What percentage of the mental health budget in Newfoundland do you get? Do you get a percentage?

**Ms McGrath:** I cannot answer that for you. I worked at the psychiatric hospital at one time, and I know the hospital got the greatest percentage of that budget. When I worked there, which was in 1990, the hospital got about \$3 million. That represented about 90 per cent of the mental health budget.

I can identify for you on one hand the people who are employed in my organization to do mental health, literally one hand. We have four mental health counsellors for a population of about 175,000 people, and we have a mental health crisis centre that operates 24 hours a day, seven days a week.

I have a staff of 600 and a budget of \$64 million. The amount of focus on mental health, particularly on community mental health, in this province is extremely small.

**The Chairman:** I wish to ask Ms McGrath a question of clarification.

In response to Senator Cochrane, you said, in terms of early intervention, that young people need an "overdose."

Can I assume that you were not referring to drugs.

**Ms McGrath:** No, no, no.

**The Chairman:** It is just that we typically hear the word in the other context.

You also referred a lot to a "major mental illness." How do you define that? A lot of people seek counselling for major events that have caused trauma, for example, the events of September 11.

Si vous me demandez si mon organisation le fait, non, nous ne le faisons pas. Nous n'avons pas de programme de santé mentale pour les enfants. Notre programme de santé mentale concerne les adultes. Il y a très peu de programmes de santé mentale pour les enfants, s'il en existe, dans notre province, qui fassent la promotion de la santé. Terre-Neuve et le Labrador n'ont pratiquement pas de programmes de santé mentale pour les enfants.

**Le sénateur Cochrane:** Nous avons eu des problèmes ici. Je suis au courant des problèmes que nous avons eus avec des adolescents.

**Mme McGrath:** Tout à fait. Ce que nous faisons, et je suis certaine que les autres provinces le font aussi, c'est de traiter les symptômes au lieu de donner aux gens les capacités nécessaires, et j'utilise le terme «immunisation» pour ce dont ils ont besoin lorsqu'ils sont très jeunes.

En ce qui concerne l'intervention précoce, tout ce qui est rattaché à l'éducation parentale immunise de fait l'enfant et lui permet d'avoir une bonne santé mentale. Avons-nous ce genre de programme? La réponse est non, nous n'en avons pas.

**Le sénateur Cochrane:** Quel pourcentage du budget de la santé mentale de Terre-Neuve obtenez-vous si vous en obtenez un?

**Mme McGrath:** Je ne peux pas vous répondre. J'ai travaillé à l'hôpital psychiatrique un moment donné, et je sais que l'hôpital obtenait le pourcentage le plus important de ce budget. Lorsque j'y ai travaillé, en 1990, l'hôpital obtenait environ 3 millions de dollars, ce qui représentait environ 90 p. 100 du budget de santé mentale.

Je peux vous nommer sur les doigts d'une main les personnes de mon organisation qui travaillent dans le domaine de la santé mentale, littéralement sur les doigts d'une main. Nous avons quatre conseillers en santé mentale pour une population d'environ 175 000 personnes, et nous avons un centre de crise pour la santé mentale qui fonctionne 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

J'ai un effectif de 600 personnes et un budget de 64 millions de dollars. Les sommes consacrées à la santé mentale, surtout à la santé mentale dans la collectivité, dans cette province, sont extrêmement restreintes.

**Le président:** J'aimerais demander une précision à Mme McGrath.

En réponse au sénateur Cochrane, vous avez dit que les jeunes ont besoin d'une «surdose» d'intervention précoce.

Puis-je supposer que vous ne parliez pas de drogues?

**Mme McGrath:** Non, non, non.

**Le président:** C'est juste que l'on entend habituellement le mot dans l'autre contexte.

Vous citez souvent l'expression «maladie mentale grave». Comment la définissez-vous? Beaucoup de gens consultent pour des événements majeurs qui leur ont causé des traumatismes, comme les événements du 11 septembre.

By the way, in that sense, I should like to make the observation that employers are obviously becoming more progressive. I was talking to the CEO of a company that has offices in a building somewhere around the World Trade Center. No one in this office was hurt, but the very first thing the CEO did was call in a team of crisis counsellors. This team actually came from Canada, because the local counsellors were so swamped. I am not sure whether 10 years ago a CEO would have even thought of doing that. Hence, progress.

Is that the sort of thing you would call "major mental illness"?

**Ms McGrath:** No, no.

**The Chairman:** Okay. By major mental illness, then, you mean something that is very serious.

**Ms McGrath:** It is also referred to as long-term persistent mental illness. Heading the group, in my mind, would be schizophrenia, and then would come some of the affective disorders and some of the depressions, depending on the length and the magnitude of the depression.

At one end of the continuum, we are talking about individuals who have major mental illness; at the other end is the rest of the world and the mental health issues therein.

**The Chairman:** People who get sick from time to time.

**Ms McGrath:** Absolutely. I think the current figures is that 98 per cent of us at some time in our lives will have to seek support for a mental health problem, for something that is going on in our lives.

We should check the pulses of the other 2 per cent, because virtually everybody I know has had to seek support at some time for a mental health issue, whether that support be from a friend or the formal system.

**The Chairman:** Thank you. That is a wonderful note on which to close.

The committee adjourned.

Au fait, en ce sens, j'aimerais dire que les employeurs deviennent de plus en plus progressistes. Je m'entretenais avec le PDG d'une entreprise qui a ses bureaux dans un immeuble près du World Trade Center. Personne dans le bureau n'a été blessé, mais la première chose qu'a faite le président, c'est d'appeler une équipe de conseillers de crise. En fait, cette équipe est venue du Canada parce que les conseillers locaux étaient submergés de travail. Je ne suis pas certain qu'il y a 10 ans, un président d'entreprise aurait même songé à cela. Il y a donc progrès.

Est-ce le genre de chose que vous appelleriez une «maladie mentale grave»?

**Mme McGrath:** Non, non.

**Le président:** Très bien. Par maladie mentale, vous voulez dire quelque chose qui est très grave.

**Mme McGrath:** C'est aussi ce qu'on appelle une maladie mentale à long terme. La première, à mon avis, serait la schizophrénie, ensuite il y aurait les troubles affectifs et certaines dépressions selon la durée et l'ampleur de la dépression.

À une extrémité du continuum, on parle de personnes qui ont des maladies mentales majeures; à l'autre, le reste du monde et leurs problèmes de santé mentale.

**Le président:** Les gens qui sont malades de temps en temps.

**Mme McGrath:** Absolument. Je crois que les données actuelles indiquent que 98 p. 100 d'entre nous à un moment ou un autre de notre vie demanderont de l'aide pour un problème de santé mentale, pour quelque chose qui se passe dans nos vies.

Nous devrions nous préoccuper des deux autres pour cent, parce que virtuellement tout le monde que je connais a dû demander de l'aide à un moment donné pour un problème de santé mentale, que ce soit de l'aide d'un ami ou du système officiel.

**Le président:** Merci. Voilà une note encourageante pour terminer.

La séance est levée.



*From the Newfoundland Cancer Treatment and Research Foundation:*

Ms Bertha H. Paulse, Chief Executive Officer.

*As an Individual:*

Ms Karen McGrath, Executive Director, Department of Health and Community Services, St. John's Region, Newfoundland.

*De la Fondation de Terre-Neuve pour le traitement et la recherche sur le cancer:*

Mme Bertha H. Paulse, présidente directrice-générale.

*À titre individuel:*

Mme Karen McGrath, directrice générale, ministère de la Santé et les Services communautaires, Région de St. John's, (Terre-Neuve).



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Coeur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Coeur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Department of Health and Community Services,  
Newfoundland:*

Mr. Robert C. Thompson, Deputy Minister;  
Ms Beverly Clarke, Assistant Deputy Minister;  
Dr. Catherine Donovan.

*From the Victorian Order of Nurses for Canada:*

Ms Patricia Pilgrim, President, St. John's Branch;  
Ms Bernice Blake Dibblee, Executive Director, St. John's  
Branch.

*From the Association of Registered Nurses of Newfoundland  
and Labrador:*

Ms Sharon Smith, President.

*From the Canadian Union of Public Employees, Newfoundland:*

Mr. Wayne Lucas, President.

*As an Individual:*

Ms Maud Peach.

*From the National Cancer Institute of Canada:*

Dr. Roy West, President.

*From Weight Watchers:*

Ms Marlene Bayers, Regional Manager.

*Du Ministère de la Santé et des Services communautaires,  
Terre-Neuve:*

M. Robert C. Thompson, sous-ministre;  
Mme Beverly Clarke, sous-ministre adjoint;  
Dr. Catherine Donovan.

*Des Infirmières de l'Ordre de Victoria du Canada:*

Mme Patricia Pilgrim, présidente, Région de St. John's;  
Mme Bernice Blake Dibblee, directrice générale, Région de  
St. John's.

*De l'Association des infirmières et infirmiers diplômés de  
Terre-Neuve et du Labrador:*

Mme Sharon Smith, présidente.

*Du Syndicat canadien de la fonction publique, Terre-Neuve:*

M. Wayne Lucas, président.

*À titre individuel:*

Mme Maud Peach.

*De l'Institut national du cancer du Canada:*

Dr. Roy West, président.

*De Weight Watchers:*

Mme Marlene Bayers, directrice régionale.

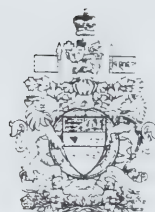
*(Continued on previous page)*

*(Suite à la page précédente)*



1  
26  
51

Document  
Publié



First Session  
Thirty-seventh Parliament, 2001

Première session de la  
trente-septième législature, 2001

SENATE OF CANADA

SÉNAT DU CANADA

*Proceedings of the Standing  
Senate Committee on*

*Délibérations du Comité  
sénatorial permanent des*

## Social Affairs, Science and Technology

## Affaires sociales, des sciences et de la technologie

*Chair:*  
The Honourable MICHAEL KIRBY

*Président:*  
L'honorable MICHAEL KIRBY

Tuesday, November 6, 2001

Le mardi 6 novembre 2001

Issue No. 42

Fascicule n° 42

**Thirty-fifth meeting on:**  
The state of the health care system in Canada.

**Trente-cinquième réunion concernant:**  
L'état du système de soins de santé au Canada

WITNESSES:  
(See back cover)

TÉMOINS:  
(Voir à l'endos)



THE STANDING SENATE COMMITTEE ON  
SOCIAL AFFAIRS, SCIENCE AND TECHNOLOGY

The Honourable Michael Kirby, *Chair*

The Honourable Marjory LeBreton, *Deputy Chair*

and

The Honourable Senators:

Callbeck	Keon
* Carstairs, P.C.	Léger
(or Robichaud, P.C.)	Morin
Cook	* Lynch-Staunton
Cordy	(or Kinsella)
Di Nino	Robertson
Fairbairn, P.C.	Roche

\* *Ex Officio Members*

(Quorum 4)

LE COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES  
AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET  
DE LA TECHNOLOGIE

*Président:* L'honorable Michael Kirby

*Vice-présidente:* L'honorable Marjory LeBreton

et

Les honorables sénateurs:

Callbeck	Keon
* Carstairs, c.p.	Léger
(ou Robichaud, c.p.)	Morin
Cook	* Lynch-Staunton
Cordy	(ou Kinsella)
Di Nino	Robertson
Fairbairn, c.p.	Roche

\* *Membres d'office*

(Quorum 4)



**MINUTES OF PROCEEDINGS**

HALIFAX, Tuesday, November 6, 2001  
(46)

[English]

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day in the Nova Scotia Room of the Sheraton Halifax Hotel, Halifax, Nova Scotia, at 9:02 a.m., the Chair, the Honourable Michael Kirby, presiding.

*Members of the committee present:* The Honourable Senators Callbeck, Cook, Cordy, Kirby, LeBreton, Léger and Robertson (7).

*In attendance:* From the Research Branch of the Library of Parliament: Howard Chodos.

*Also in attendance:* The official reporters of the Senate.

Pursuant to the Order of Reference adopted by the Senate on Thursday, March 1, 2001, the Committee continued its consideration of the special study on the state of the health care system in Canada. (*For complete text of Order of Reference see proceedings of the committee, Issue No. 2.*)

**WITNESSES:**

*From the Canadian Auto Workers—Canada (CAW):*

Cecil Snow, President, Nova Scotia Health Care Council.

*From the Nova Scotia Association of Health Organizations:*

Robert Cook, President and Chief Executive Officer.

*From the Insurance Bureau of Canada:*

George Anderson, President and Chief Executive Officer;

Paul Kovacs, Senior Vice-President Policy and Chief Economist.

*From the Canadian Coalition Against Insurance Fraud:*

Mary Lou O'Reilly, Executive Director.

*From the Atlantic Institute for Market Studies:*

Dr. David Zitner, Fellow on Health Policy.

*From Dalhousie University:*

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics;

Dr. Vivek Kusumakar, Head, Mood Disorders Research Group, Department of Psychiatry;

Lawrence Nestman, Professor, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions;

Thomas Rathwell, Professor and Director, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions;

Dr. Desmond Leddin, Head, Division of Gastroenterology;

Dr. George Kephart, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology;

Dr. Kenneth Rockwood, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine.

**PROCÈS-VERBAL**

HALIFAX, le mardi 6 novembre 2001  
(46)

[Traduction]

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie se réunit aujourd'hui, dans la salle Nova Scotia de l'Hôtel Sheraton Halifax, à Halifax (Nouvelle-Écosse), à 9 h 02, sous la présidence de l'honorable Michael Kirby (*président*).

*Membres du comité présents:* Les honorables sénateurs Callbeck, Cook, Cordy, Kirby, LeBreton, Léger et Robertson (7).

*Également présent:* Du Service de recherche de la Bibliothèque du Parlement: Howard Chodos.

*Aussi présents:* Les sténographes officiels du Sénat.

Conformément à l'ordre de renvoi adopté par le Sénat le jeudi 1<sup>er</sup> mars 2001, le comité poursuit l'étude spéciale sur l'état du système de soins de santé au Canada. (*Le texte complet de l'ordre de renvoi figure dans les délibérations du comité, fascicule n° 2.*)

**TÉMOINS:**

*Des Travailleurs canadiens de l'automobile:*

Cecil Snow, président, Nova Scotia Health Care Council.

*De la Nova Scotia Association of Health Organizations:*

Robert Cook, président-directeur général.

*Du Bureau d'assurance du Canada:*

George Anderson, président-directeur général;

Paul Kovacs, premier vice-président des politiques et économiste en chef.

*De la Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance:*

Mary Lou O'Reilly, directrice générale.

*De l'Atlantic Institute for Market Studies:*

Le Dr David Zitner, professeur associé en matière de politique de santé.

*De l'Université Dalhousie:*

La Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique;

Le Dr Vivek Kusumakar, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, département de psychiatrie;

Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé;

Le Dr Thomas Rathwell, professeur et directeur, Faculté des professions de la santé;

Le Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie;

Le Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie;

Le Dr Kenneth Rockwood, Faculté de médecine, Division de la médecine gériatrique.

*From the Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*

Maxine Barrett.

*From the Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Dalhousie University:*

Sharon Batt, Chair.

*From the Feminists for Just and Equitable Public Policy:*

Georgia MacNeil, Chairperson.

*From the Cape Breton Regional Health Care Complex:*

John Malcolm, Chief Executive Officer:

Dr. Mahmood Naqvi, Medical Director, Cape Breton Regional Facility.

*From the Capital District Health Authority:*

Dr. John Ruedy, Vice-President, Academic Affairs.

*From the Canadian Medical Association:*

Dr. Henry Haddad, MD, President:

Bill Tholl, Secretary General:

Dr. Bruce Wright, President of the Medical Society of Nova Scotia:

Dr. Dana W. Hanson, President-Elect.

*From the Cobequid Community Health Board:*

Ryan Sommers.

*From Health Canada:*

Anne-Marie Léger, Policy Analyst.

Mr. Cook made a statement. Mr. Snow made a statement. The witnesses answered questions.

Mr. Anderson made a statement. Ms O'Reilly made a statement. Dr. Zitner made a statement. The witnesses answered questions.

Dr. Kenny made a statement. The Chair made a statement. Dr. Kusumakar made a statement. Dr. Nestman made a statement. The witnesses answered questions.

At 12:36 p.m., the sitting was suspended.

At 1:33 p.m., the sitting was resumed.

Ms MacNeil made a statement. Ms Barrett made a statement. Ms Batt made a statement. The witnesses answered questions.

Dr. Ruedy made a statement. Mr. Malcom made a statement. Dr. Naqvi made a statement. Dr. Rathwell made a statement. The Chair made a statement. The witnesses answered questions.

Dr. Haddad made a statement. The Chair made a statement. The witnesses answered questions.

At 4:30 p.m., Senator LeBreton took the Chair.

*Du Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*

Maxine Barrett.

*De la Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Université Dalhousie:*

Sharon Batt, présidente.

*De Feminists for Just and Equitable Public Policy:*

Georgia MacNeil, présidente.

*Du Cape Breton Regional Health Care Complex:*

John Malcolm, chef de la direction:

Le Dr Mahmood Naqvi, directeur médical, installation régionale du Cap-Breton.

*Du Capital District Health Authority:*

Le Dr John Ruedy, vice-président, Affaires académiques.

*De l'Association médicale canadienne:*

Le Dr Henry Haddad, médecin, président:

Bill Tholl, secrétaire général:

Le Dr Bruce Wright, président, Medical Society of Nova Scotia:

La Dre. Dana W. Hanson, président élu.

*Du Conseil santé communautaire de Cobequid:*

Ryan Sommers.

*De Santé Canada:*

Anne-Marie Léger, analyste des politiques.

M. Cook fait une déclaration. M. Snow fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

M. Anderson fait une déclaration. Mme O'Reilly fait une déclaration. Le Dr Zitner fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

La Dre Kenny fait une déclaration. Le président fait une déclaration. Le Dr Kusumakar fait une déclaration. Le Dr Nestman fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 12 h 36, la séance est suspendue.

À 13 h 33, la séance reprend.

Mme MacNeil fait une déclaration. Mme Barrett fait une déclaration. Mme Batt fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le Dr Ruedy fait une déclaration. M. Malcom fait une déclaration. Le Dr Naqvi fait une déclaration. Le Dr Rathwell fait une déclaration. Le président fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

Le Dr Haddad fait une déclaration. Le président fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 16 h 30, le sénateur LeBreton occupe le fauteuil.



Dr. Kephart made a statement. Dr. Rockwook made a statement. Dr. Leddin made a statement. Mr. Sommers made a statement. The witnesses answered questions.

At 5:56 p.m., the committee adjourned to the call of the Chair.

ATTEST:

Le Dr Kephart fait une déclaration. Le Dr Rockwood fait une déclaration. Le Dr Leddin fait une déclaration. M. Sommers fait une déclaration. Les témoins répondent aux questions.

À 17 h 56, la séance est levée jusqu'à nouvelle convocation de la présidence.

ATTESTÉ:

*La greffière suppléante du comité,*

Josée Thérien

*Acting Clerk of the Committee*

## EVIDENCE

HALIFAX, Tuesday, November 6, 2001

The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology met this day at 9:02 a.m. to examine the state of the health care system in Canada.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

[*English*]

**The Chairman:** Senators, we have with us two witnesses this morning, the first panel, Robert Cook, the President and CEO of the Nova Scotia Association of Health Organizations, and Cecil Snow, from the Canadian Auto Workers, who have a number of union members employed in the health care section of Nova Scotia. Heather Henderson, the President of the Nurses Union will join us, I presume, when she gets here.

**Mr. Robert Cook, President and CEO, Nova Scotia Association of Health Organizations:** Mr. Chairman, on behalf of our association, I want to thank the committee for making the trip to Nova Scotia and hearing from Nova Scotians. There is sometimes the perception that national organizations in Ottawa speak for the full country, but there is a great deal of diversity within the country. Today, we will be speaking to you about an issue that is uniquely Nova Scotian.

Our health care system is a part of the fabric of Canadian society. A strong federal presence is required so that all Canadians — regardless of which province or territory they reside in — can access comparable health services. Despite the increasing number of individuals who believe the system is in crisis, Canadians continue to be committed to a national, publicly funded health care system.

Canadians identify universality or equality of access as the most important principle in the health care system. This finding was reported by the Conference Board of Canada in February 2001. Clearly, it is relevant. It is current, and I think it has credibility.

Canadians also find quality, efficiency and effectiveness important factors and are willing to consider changes to the health care system to ensure its sustainability. These Canadian values must drive the national debate on the future of health care in this country. This debate must engage the public, with Canadian values providing the basis for tough decisions.

The federal government has a leadership role in defining and initiating this debate as well as resolving it. A sound understanding of public values and attitudes is vital for the development health care policy. Research has demonstrated that Canadians do not have strong opinions regarding which level of government delivers health services but they do believe that a national role is necessary to ensure equality of access. Federal leadership, with its financial incentives, is required to make the necessary reforms in the health care system.

## TÉMOIGNAGES

HALIFAX, le mardi 6 novembre 2001

Le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie s'est réuni à 9 h 02 aujourd'hui pour examiner l'état du système de santé au Canada.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

[*Traduction*]

**Le président:** Sénateurs, nous avons avec nous ce matin deux témoins, le premier panel, Robert Cook, président-directeur général de la Nova Scotia Association of Health Organizations, et Cecil Snow, des Travailleurs canadiens de l'automobile, qui possèdent un certain nombre de syndiqués dans le secteur des soins de santé de la Nouvelle-Écosse. Heather Henderson, la présidente du syndicat des infirmières, se joindra à nous lorsqu'elle arrivera, je présume.

**M. Robert Cook, président-directeur général, Nova Scotia Association of Health Organizations:** Monsieur le président, je désire au nom de notre association remercier le comité de s'être déplacé en Nouvelle-Écosse pour entendre les Néo-Écossais. La perception existe parfois que les organisations nationales d'Ottawa parlent pour tout le pays, mais il y a une grande diversité dans ce pays. Aujourd'hui, nous vous parlerons d'un sujet qui est uniquement néo-écossais.

Notre régime de soins de santé fait partie intégrante de la trame de la société canadienne. Une présence fédérale forte est nécessaire afin que tous les Canadiens, peu importe la province ou le territoire où ils résident, aient accès à des services de santé analogues. Malgré le nombre croissant de personnes qui estiment que le régime est en crise, les Canadiens croient encore à un régime de soins de santé national et subventionné par les fonds publics.

Les Canadiens estiment que l'universalité ou l'égalité d'accès est le principe le plus important de notre régime de soins de santé. Cette constatation a été signalée par le Conference Board du Canada en février 2001. C'est d'une pertinence évidente. C'est d'actualité et je pense que c'est crédible.

Les Canadiens trouvent aussi que la qualité et l'efficacité sont des facteurs importants et sont disposés à accepter des modifications au régime de soins de santé pour assurer sa viabilité. Ces priorités canadiennes doivent dominer le débat national sur l'avenir des soins de santé dans ce pays. Ce débat doit avoir lieu publiquement et les valeurs canadiennes doivent servir de guide pour les décisions difficiles.

Le gouvernement fédéral doit jouer un rôle directeur pour définir et ouvrir ce débat ainsi que pour le mener à bien. Une excellente compréhension des priorités et des attitudes du public est vitale pour l'élaboration d'une politique des soins de santé. Les études ont démontré que les Canadiens n'avaient pas d'opinions tranchées à propos du niveau de gouvernement devant assurer les services de santé, mais qu'ils estimaient qu'une présence nationale était nécessaire pour assurer l'égalité d'accès. Le leadership fédéral, fort de son pouvoir de persuasion financier, est nécessaire pour mettre en œuvre les réformes nécessaires du régime de soins de santé.



The Nova Scotia Association of Health Organizations, NSAHO, wishes to focus on two issues in our presentation to you today: health as an economic investment, and the need for a needs-based, age-adjusted population funding model from the federal government. That is the core, Mr. Chairman, of the position we want to make to you.

Insofar as health is an economic investment, increasing federal funding for health care and providing tax relief have often been presented as conflicting priorities. Our health system, however, contributes not only to individual and collective well-being, but also to Canada's economic performance.

For example, companies that operate in Canada do not have to insure their workers' health, and this in turn is a major incentive for international corporations to locate in this country. If we are unable to sustain our current health system, the cost of insurance coverage will default to employers and employees. This would constitute an increase in taxation and diminish Canada's economic advantage internationally. This point was made by the President of the Toronto Dominion Bank. NSAHO encourages the federal government to view its commitment to health funding as an economic investment in addition to an investment in the health of Canadians.

Is more federal funding required? We say absolutely. This province is struggling to maintain health programs that are equitable with those offered in other provinces. We are failing in some areas.

The second point, Mr. Chair, is really the focus that we want to talk to the committee about today. It is the manner in which federal funding is apportioned out to the provinces. It is apportioned out through the Canadian Health and Social Transfer, CHST, on the basis of tax points and cash transfers. Clearly, tax points benefit those provinces with a strong economic base. Cash transfers are assigned on a per capita basis, and they are assigned without any adjustment for the need of the various provinces that are receiving this funding. We think that this mode of cash transfer is in fact a threat to equal access to Canada's health care system.

Our publicly funded health care system provides health care to Canadians on the basis of their need, not on their ability to pay. Under current federal policy, the CHST program transfers funding to the provinces on an equal per capita basis. The amount each province receives is determined only by the size of its population. This approach does not recognize the differences in the "need" for health services among populations.

In 1999, spending on health care amounted to 39.3 per cent of all provincial program spending in Nova Scotia. These data come from the Canadian Institute for Health Information, CIHI. The public accounts actually show a much higher figure, but I think CIHI adjusts its data for comparative purposes.

La Nova Scotia Association of Health Organizations, la NSAHO, désire faire porter l'exposé que nous vous présenterons aujourd'hui sur deux sujets: la santé en tant qu'investissement économique et la nécessité pour le gouvernement fédéral d'utiliser un modèle de financement basé sur les besoins et adapté à l'âge de la population. C'est là, monsieur le président, l'essentiel de la position que nous désirons vous faire connaître.

Dans la mesure où la santé représente un investissement économique, accroître le financement fédéral des soins de santé et baisser les impôts ont souvent été perçus comme des priorités divergentes. Notre régime de santé contribue cependant non seulement à notre bien-être individuel et collectif mais aussi au rendement économique du Canada.

Par exemple, les entreprises présentes au Canada n'ont pas à assurer la santé de leurs travailleurs, ce qui donne en retour aux corporations internationales une importante motivation pour s'établir dans ce pays. Si nous sommes incapables de conserver notre régime actuel de santé, le coût des assurances désavantagera employeurs et employés. Cela représenterait une hausse d'impôts et diminuerait l'attrait économique du Canada au niveau international. Cet argument a été avancé par le président de la Banque Toronto Dominion. La NSAHO incite le gouvernement fédéral à percevoir son engagement dans le financement de la santé comme un investissement économique dans la santé des Canadiens.

Faut-il davantage de financement fédéral? Absolument, à notre avis. Notre province s'efforce d'offrir des programmes de santé analogues à ceux des autres provinces. Nous n'y arrivons pas dans certains domaines.

Le second élément, monsieur le président, est en fait au cœur notre exposé d'aujourd'hui au comité. C'est la façon dont le financement fédéral est réparti entre les provinces. Il est réparti au moyen du Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux, le TCSPS, sur la base des points d'impôt et des transferts monétaires. De façon évidente, les points d'impôt favorisent les provinces possédant une base économique solide. Les transferts monétaires sont répartis par habitant, sans rajustement pour tenir compte des besoins des diverses provinces qui perçoivent ces montants. Nous pensons que cette méthode de transfert monétaire constitue en fait une menace pour l'égalité d'accès au régime de soins de santé du Canada.

Notre régime de soins de santé financé par les fonds publics assure des soins aux Canada en fonction de leurs besoins et non de leur capacité de payer. Sous la politique fédérale actuelle, le programme de TCSPS transfère un même montant par habitant à toutes les provinces. Le montant que chaque province reçoit est déterminé par la taille de sa population uniquement. Cette approche ne tient pas compte du «besoin» en services de santé au sein des populations.

En 1999, les dépenses en soins de santé ont constitué 39,3 p. 100 de toutes les dépenses faites par la Nouvelle-Écosse dans des programmes provinciaux. Ces chiffres proviennent de l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS. Les comptes publics font état en fait d'un chiffre beaucoup plus élevé, mais je crois que l'ICIS rajuste ses données à des fins de comparaison.

Nova Scotia showed the second highest commitment of any provincial government, with the exception of Ontario at 40.1 per cent. Yet, even with 39.3 per cent of all program spending going toward health care, per capita spending — that is, the amount for each Nova Scotian — was the second lowest in the country.

Hence we have a situation where the second highest commitment of program spending serves to generate the second lowest per capita spending in terms of provincial government contributions. Mr. Chair and members of the committee, this is really a function of a low level of economic activity, which we find not only in Nova Scotia but in many parts of this country.

While the average per capita spending on health care in this country is \$2,016, Nova Scotia only spends \$1,835, according to CIHI. This is 1999 data. CIHI released up-to-date data just at the end of last week. It was very current, projected through to the end of this fiscal year. The relationships have not changed. Nova Scotia still is paying the second highest amount of program spending. It is still producing the second lowest amount in terms of per capita resources. This reflects a weak economy that is suffering declines in traditional industries such as fishing, mining, and steel, as well as the high debt burden this province must shoulder.

It is a well-accepted fact that older populations will place a heavier demand for services on the health system. According to Health Canada, seniors over the age of 65 consume 47.7 per cent of all health services. This is supported by the examination of provincial-territorial government hospital expenditures in 1998. After the age of 60, expenditures increase significantly, from approximately \$1,000 to \$2,000 per capita for those ages 60 to 64 to between \$4,000 and \$6,000 per capita by the ages of 80 to 84. The CIHI graph in figure 1 demonstrates this point. This graph shows use of hospital services per capita, by age and sex. You can see that as we start life we consume \$4,000 in health care costs, which really reflect the costs of birth and immediate follow-up. There is an immediate drop in the first year, which remains reasonably stable until the age group 50 to 54, after which point it increases steadily with age. I think it is a very dramatic presentation of the point we are trying to make, and that is, health care costs increase with age.

Seniors' health care is very expensive. The chart on the next page shows that the share of health expenditures is at 47.7 per cent for 12.7 per cent of the population. Clearly, there is a great discrepancy between the use of health services and the various age demographics within the province.

You may well ask, "Well, so what? What is the difference?" In fact, if the age were spread equally across Canada, there would not be a lot of difference. Each province, of course, would try to

La Nouvelle-Écosse a engagé le deuxième investissement le plus élevé de tous les gouvernements provinciaux à l'exception de l'Ontario, à 40,1 p. 100. Et pourtant, même si 39,3 p. 100 de toutes les dépenses de programmes sont allées aux soins de santé, les dépenses par habitant, c'est-à-dire le montant dépensé pour chaque Néo-Écossais, ont été les avant-dernières moins élevées au pays.

Nous nous trouvons donc dans la situation où le deuxième plus important investissement dans les dépenses de programmes génère le deuxième résultat le moins élevé en termes de contribution par habitant du gouvernement provincial. Monsieur le président et membres du comité, c'est vraiment là le reflet d'un faible niveau d'activité économique, ce qui n'est pas seulement le cas de la Nouvelle-Écosse mais aussi de plusieurs régions de ce pays.

Alors que la moyenne des dépenses dans les soins de santé par habitant au pays est de 2 016 \$, la Nouvelle-Écosse ne dépense que 1 835 \$ selon l'ICIS. C'est là une donnée de 1999. L'ICIS a rendu publiques des données à jour pas plus tard que la semaine dernière. Elles étaient très actuelles et accompagnées de projections se rendant jusqu'au terme de la présente année financière. Le classement ne s'est pas modifié. La Nouvelle-Écosse paye encore le deuxième montant le plus élevés pour les dépenses de programmes. Elle récolte encore l'avant-dernier rang en termes de ressources par habitant. C'est le reflet d'une économie faible, subissant le contre-coup du déclin des secteurs traditionnels des mines, de la pêche et de l'acier ainsi que du fardeau élevé de la dette que notre province doit assumer.

C'est un fait établi que les populations vieillissantes exerceront une demande plus forte en termes de services sur le régime de santé. Selon Santé Canada, les personnes âgées de plus de 65 ans utilisent 47,7 p. 100 de tous les services de santé. Cela est corroboré par l'examen des dépenses des gouvernements provinciaux et territoriaux dans les hôpitaux en 1998. Passé le cap de 60 ans, les dépenses augmentent de façon importante, passant d'environ 1 000 \$ à 2 000 \$ par habitant pour les personnes de 60 à 64 ans à entre 4 000 \$ et 6 000 \$ par habitant pour les personnes âgées de 80 à 84 ans. Le diagramme de l'ICIS dans l'illustration 1 traduit ce fait. Vous pouvez constater que nous débutons dans la vie en utilisant 4 000 \$ en dépenses de soins de santé, ce qui traduit en fait les coûts associés à la naissance et au suivi immédiat. Une baisse se produit dès la première année et la situation reste assez stable jusqu'au groupe des 50 à 54 ans, après quoi l'augmentation est régulière avec l'avancement en âge. Je crois qu'il s'agit d'une présentation très efficace de ce que nous cherchons à démontrer, à savoir que les dépenses en soins de santé augmentent avec l'âge.

Personnes âgées les soins de santé sont très onéreux. Le graphique de la page suivante montre que la part des dépenses en soins de santé de 12,7 p. 100 de la population est de 47,7 p. 100. À l'évidence, il existe un grand écart dans l'utilisation des services de santé entre les divers groupes d'âge au sein de la province.

Vous pourriez demander: «Et alors? Quelle différence cela fait-il?» En fait, si les âges étaient également répartis dans tout le Canada, il n'y aurait pas une grande différence. Chaque province,



provide for its population. The problem is that the age spread across the country is not evenly distributed through all provinces.

The next graph shows that point and shows the percentage of individuals over the age of 65. Now we have had a bit of a drop in some of the headings. At the top where you see "percentage," that is a percentage of the population over 65 years of age. You can see down in the shaded area that it varies from 9.8 per cent in Alberta to 14.5 per cent in Saskatchewan — a 50 per cent variation between the senior populations in the two respective provincial health care systems. That is the essence of the difficulty: The disproportionate distribution of seniors across the country gives rise to a real problem in relation to funding on a strictly per capita basis.

Moving on to the next overhead, we see that even when population figures appear static, it masks a tremendous migration throughout the country, which presents disadvantages in certain parts of the country. This chart shows that there was a huge out-migration from Nova Scotia between 1990 and 1998; almost 9,000 people in their twenties left the province. Therefore, we have a situation where young Nova Scotians leave to work in other provinces. They presumably contribute to the tax base and the economy of those provinces. They may be laid off. They may be retiring. They come back to Nova Scotia with a diminished economic capacity and at a time when their needs for health services are growing. So again it just illustrates what we believe is a serious problem that arises from relying on per capita funding from the federal government.

If we look down the road, this chart shows a projected population growth for Nova Scotia up until 2016. You can see that the big growth area is people over the age of 65, a 57 per cent increase compared with a total population growth of 13 per cent as projected by StatsCan. The situation is projected to get worse.

The last chart shows participation rates in the Nova Scotia economy. This is obviously the number of people who are working in Nova Scotia, and you can see that there are substantial declines projected through until the year 2025. Again, the reason we point this out is to say we have a problem now and it is going to get worse.

I would like to just summarize a few points. Transfers from the federal government did not take into account the age structure of the province and territory. For example, Saskatchewan has the highest percentage at 14.5 versus Alberta at 9.8.

So there are two arguments, Mr. Chair. One is that there is an inherent favoritism built in for those provinces with the strongest economic engines in this country. I expect some of you might be thinking, "Well, Bob, there is equalization to look after that." Equalization does not address the disparity of age distribution throughout the country. Equalization cannot address the fact we do

bien sûr, essaierait de prendre soin de sa population. Le problème est que la répartition de l'âge au pays n'est pas également distribuée entre toutes les provinces.

Le graphique suivant illustre ce fait et montre le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans. Vous constaterez que les chiffres chutent en regard de certaines des colonnes. Le «pourcentage» que vous voyez en haut est le pourcentage de la population ayant plus de 65 ans. Vous pouvez constater en bas, dans la partie ombrée, qu'il varie de 9.8 p. 100 en Alberta à 14.5 p. 100 en Saskatchewan, un écart de 50 p. 100 entre les populations de personnes âgées de ces deux régimes provinciaux de soins de santé. C'est le cœur de la difficulté: la répartition très inégale des personnes âgées au pays donne naissance à un véritable problème relativement à un financement s'effectuant strictement par habitant.

Si nous passons à la rétroprojection suivante, nous pouvons voir que même si les chiffres de la population semblent stables, ils cachent d'énormes migrations à travers le pays au désavantage de certaines de ses régions. Ce graphique indique qu'il s'est produit une large émigration hors de la Nouvelle-Écosse entre 1990 et 1998; presque 9 000 personnes dans la vingtaine ont quitté la province. Nous nous trouvons donc devant une situation où les jeunes Néo-Écossais quittent pour aller travailler dans d'autres provinces. Ils contribuent de manière présumée à la base fiscale et à l'économie de ces autres provinces. Ils peuvent être mis à pied. Ils peuvent prendre leur retraite. Ils reviennent en Nouvelle-Écosse avec une capacité économique réduite et au moment où leurs besoins en services de santé augmentent. Cela illustre encore une fois ce que nous croyons être un grave problème qui est créé par le fait que nous nous basons sur le financement par habitant du gouvernement fédéral.

Si nous regardons vers l'avenir, ce graphique montre la croissance prévue de la population de la Nouvelle-Écosse jusqu'en 2016. Vous pouvez constater que le secteur de forte croissance est constitué par les gens de plus de 65 ans et qu'il s'agit d'une augmentation de 57 p. 100, par comparaison avec la croissance totale de la population évaluée à 13 p. 100 par Statistique Canada. Il est prévu que la situation empirera.

Le dernier graphique illustre les taux de participation dans l'économie de la Nouvelle-Écosse. C'est évidemment le nombre de gens qui travaillent en Nouvelle-Écosse, et vous pouvez constater que les prévisions montrent une baisse important jusqu'à l'an 2025. C'est pour souligner que nous avons un problème maintenant et qu'il s'aggravera que nous vous communiquons ces faits.

J'aimerais résumer quelques éléments. Les transferts du gouvernement fédéral n'ont pas tenu compte de la pyramide des âges dans les provinces et les territoires. Cela est illustré par la Saskatchewan qui montre le plus haut pourcentage, à 14.5, et l'Alberta qui est à 9.8 p. 100.

Nous présentons donc deux arguments, monsieur le président. L'un est qu'il existe un favoritisme inhérent au programme envers les provinces possédant les plus forts moteurs économiques du pays. J'entends certains d'entre vous penser: «Eh, Bob, la péréquation est faite justement pour ça.» La péréquation ne tient pas compte de la disparité dans la répartition de l'âge à travers le

not have the economic powerhouse in this province that is evident in, say, Alberta or Ontario. There is no adjustment for age. There is no adjustment for morbidity or mortality, which are also distributed unequally throughout the country.

I closing, I would like to remind members of the committee that when each province goes about distributing its resources to its service providers, none of them use a per capita means of distribution. All of them factor in — either formally or informally — the needs of the organizations, the regions within their provinces. We believe it is critically important that the federal government likewise factor in need based on age and morbidity.

**The Chairman:** Thank you for a thoughtful — if scary — presentation. I knew the data was bad but I had never seen anything in print. When you see it in graphic form, you realize that what looks like a problem is a huge problem. Thank you very much.

**Mr. Cecil Snow, President, Nova Scotia Health Care Council, Canadian Auto Workers-Canada:** I am the President of the Canadian Auto Workers' Nova Scotia Health Care Council. I would like to introduce my colleague and union brother, Jim Mott.

The Canadian Auto Workers Union is the largest union in the private sector in Canada. We also represent 22,500 health care workers in Nova Scotia and Ontario through mergers with our unions in the past decade. Our members and other Canadian workers have come to rely on the universally accessible, publicly funded and administered health care system to provide the majority of health care needs.

We offer the committee our views on the future of health care in Canada, particularly in regard to the key issue: ensuring the long-term sustainability of a high quality, universally accessible, publicly administered health care system in Canada.

The CAW-Canada views our health care system as an icon cherished by Canadians. We see it as a model for other countries.

We acknowledge the considerable stress in the health care system in recent years as funding cuts and cost-containment efforts at both federal and provincial levels have affected funding and delivery of health services. They have allowed greater opportunity for overt and passive privatization: cost-shifting and downloading in financing; and rationing in delivery. There has been a broad erosion of the commitment by governments to the principles of universality and accessibility.

The union rejects any effort to resort to market mechanisms that would deny Canadians access to health. We resist efforts to privatize the existing funding of health care delivery systems —

pays. La péréquation ne peut pas tenir compte du fait que nous n'avons pas dans cette province les moteurs économiques présents par exemple en Alberta ou en Ontario. Il n'existe pas de rajustement pour l'âge. Il n'existe pas de rajustement pour la morbidité ou la mortalité, qui sont aussi réparties de manière inégale à travers le pays.

En terminant, j'aimerais signaler aux membres du comité que, lorsque chacune des provinces distribue ses ressources entre ses fournisseurs de services, aucune n'utilise un mode de répartition par habitant. Chacune d'entre elles fait entrer dans ses calculs — officiellement ou officieusement — les besoins des organisations et des régions au sein de leur territoire. Nous estimons qu'il est crucial que le gouvernement fédéral tienne pareillement compte dans ses calculs des besoins en se fondant sur l'âge et la morbidité.

**Le président:** Merci de votre exposé inspirant, quoique effrayant. Je connaissais les données, mais je n'avais jusqu'à présent rien vu par écrit. Lorsqu'on les voit sous forme visuelle, on réalise que ce qui semble un problème est en fait un gros problème. Merci beaucoup.

**M. Cecil Snow, président, Nova Scotia Health Care Council, Travailleurs canadiens de l'automobile:** Je suis président des Travailleurs canadiens de l'automobile et du Nova Scotia Health Care Council. J'aimerais vous présenter mon collègue et camarade syndical, Jim Mott.

Le syndicat des Travailleurs canadiens de l'automobile est le plus gros syndicat du secteur privé au Canada. Nous représentons également 22 500 travailleurs de la santé en Nouvelle-Écosse et en Ontario en vertu des fusions entre syndicats intervenues au cours de la dernière décennie. Nos membres et les autres travailleurs canadiens en sont venus à se reposer sur le régime de soins de santé d'accès universel financé par les fonds publics et administré par le secteur public pour répondre à la majorité de leurs besoins en termes de soins de santé.

Nous proposons au comité notre vision de l'avenir des soins de santé au Canada, particulièrement pour ce qui est de la question principale: assurer la viabilité à long terme pour le Canada d'un régime de soins de santé d'accès universel financé par les fonds publics et administré par le secteur public.

Les TCA-Canada voit notre régime de soins de santé comme un symbole chéri par les Canadiens. Nous le voyons comme un modèle pour les autres pays.

Nous notons que le régime de soins de santé a connu un stress considérable ces dernières années alors que les coupures de financement et les efforts de compressions des coûts aux niveaux fédéral comme provincial ont affecté le financement et la prestation des services de santé. Cela a ouvert la porte à des privatisations déclarées ou passives: au délestage et au déplacement des coûts du financement; et à un rationnement de la prestation des services. Une vaste érosion de l'engagement des gouvernements aux principes de l'universalité et de l'accessibilité s'est produite.

Le syndicat rejette toute tentative de s'en remettre à des mécanismes du marché qui interdiraient aux Canadiens l'accès à la santé. Nous résistons aux tentatives de privatiser le financement



whether through user fees or co-payments, "two-tiered" access to service, medical savings accounts, "catastrophic care" insurance, privatization of agencies in service delivery or any other form of "commodification" of health services.

The Canadian Auto Workers-Canada recommends that the committee advocate the long-term sustainability of our high quality, universally accessible, and publicly administrated health care system in Canada. This system depends on health reforms that: expand the coverage under CHA medicare to include pharmacare, home care, and long-term care; develop national standards and programs supported by national funding; democratize health through popular participation, involvement, and control. Furthermore, the reforms should: invest in health promotion and develop health performance goals while maintaining accessibility and quality curative services; implement a national pharmacare program; implement primary health care reform; acknowledge the contribution of health workers and call for effective health human resources strategies; utilize these capabilities to renew medicare.

As trade unionists, universality is but an expression of our commitment to social solidarity and an awareness that "an injury to one is an injury to all."

Canadians have recently become even more concerned about the future of medicare. Governments at all levels have first cut funding and then reinvested as the system strained under emergency room overcrowding, ambulance re-directs, physician and nursing shortages, and other symptoms of crisis.

The past 15 years has been a period of public sector cost containment. Canada has capably demonstrated that in a publicly funded, single payer health system, cost containment can be achieved — although often at the cost of public confidence in the system.

Despite the current economic slowdown, Ottawa has ample fiscal room to provide additional spending. The surplus for fiscal year 2000 was \$15 billion — well over the \$11.3 billion forecast in the October mini-budget. For fiscal year 2001, the impact of tax cuts and slower economic growth will reduce projected revenues, but this loss will be particularly offset by the impact of lower debt charges as a result of falling interest rates. Ottawa has much more fiscal manoeuvring room than is commonly assumed. In fact, program spending could rise by an additional \$5 billion in 2002 and 2003 while still leaving aside \$5 billion for reserves.

actuel des systèmes de prestation de soins de santé — que ce soit par le moyen de frais aux utilisateurs ou par une quote-part, un accès «à deux vitesses» aux soins, des comptes d'épargne médicale, une «assurance médicale en cas de catastrophe», la privatisation des agences de prestation des services ou tout autre forme de modification aux services de soins de santé faisant porter le fardeau sur les utilisateurs.

Les Travailleurs canadiens de l'automobile-Canada recommandent au comité de défendre la viabilité de notre régime canadien de soins de santé de haute qualité, d'accès universel, financé par les fonds publics et administré par le secteur public. La survie de ce système dépend de réformes de la santé ayant pour effet: d'étendre la protection du régime d'assurance-maladie à l'assurance-médicaments, aux soins à domicile et aux soins de longue durée; mettre au point des normes et des programmes nationaux appuyés par un financement national; démocratiser le régime de soins de santé par la participation, l'implication et le contrôle de la population. De plus, les réformes doivent: investir dans la promotion de la santé et élaborer des objectifs en matière de niveau de santé tout en conservant l'accessibilité et des services de soins de santé de qualité; mettre en œuvre un programme national d'assurance-médicaments; mettre en application une réforme des soins de santé de première ligne; tenir compte de l'apport de travailleurs de la santé et faire appel à des stratégies efficaces en matière de ressources humaines en soins de santé; se servir de ces atouts pour remettre à neuf l'assurance-maladie.

En qualité de syndicalistes, l'universalité constitue pour nous une manifestation de notre engagement pour la solidarité sociale et la conscience qu'«une atteinte à un individu est une atteinte à tous».

Les Canadiens sont récemment devenus encore plus préoccupés par l'avenir de l'assurance-maladie. Les gouvernements à tous les niveaux ont d'abord coupé le financement et réinvesti par la suite dans un système poussé à la limite par la surpopulation des salles d'urgence, le détournement des ambulances, les pénuries de médecins et d'infirmières et autres symptômes de crise.

Les 15 dernières années ont constitué une période de compression des coûts dans le secteur public. Le Canada a fait la preuve de façon éclatante qu'une compression des coûts peut être obtenue dans un régime de santé à payeur unique, financé par les fonds publics — souvent au coût de la confiance du public dans le régime cependant.

Malgré le présent ralentissement économique, Ottawa dispose d'une large marge de manœuvre fiscale pour engager des dépenses additionnelles. Le surplus de l'année financière 2000 a été de 15 milliards de dollars, bien au-dessus des 11,3 milliards prévus dans le mini-budget d'octobre. L'impact des baisses d'impôt et le ralentissement de la croissance économique réduiront les revenus prévus pour l'année financière 2001, mais ces pertes seront minimisées en particulier par un fardeau de la dette réduit du fait de la baisse des taux d'intérêt. Ottawa dispose d'une marge de manœuvre fiscale beaucoup plus grande que ce que l'on croit en général. En fait, les dépenses des programmes pourraient augmenter de 5 millions de dollars en 2002 et 2003 tout en laissant un autre 5 milliards de dollars pour les réserves.

Recently alarm has been raised of an impending "demographic apocalypse" associated with an aging population resulting from increasing life expectancy, declining birth rate and the sheer effect of the "baby boomers" cohort reaching age 65. The alarm focuses on fears that an aging population and its greater demand on health services will bust the health budget without drastic reform of either or both the financing and delivery of services.

We must preserve and strengthen the Canadian Health Act. The five principles of medicare must be maintained: universal coverage, accessibility, portability between provinces and territories, comprehensive coverage, and public non-profit administration. The National Forum on Health Care in 1997 concluded that the basic principles of medicare accurately reflect Canadians' values of "equity, compassion, collective responsibility, individual responsibility, respect for others, efficiency and effectiveness." In fact, the forum concluded the public will not support the changes to the health care system unless the essence of medicare is preserved.

We call for a substantial federal presence in funding medicare through an increase in transfer payments to guarantee universality and equitable access to services across provinces as a right of all Canadians.

With respect to the pharmacare program, from 1990 to 1999, provincial-territorial health spending on drugs increased 87 per cent compared to hospitals at 16 per cent or physician services at 30 per cent. In 1997, expenditures on drugs overcame spending on physician services to rank second after hospitals in terms of relative share of total health expenditures.

At the World Economic Forum, Raymond Gilmartin, President and CEO of Merck and Company, USA, said, "Medicine is for people, not for profits and if we remember that, profits will follow."

The essence of health is in intimate human bonds that caring and compassion nurture and sustain. Social support in the form of friendship, positive social relations, and a strong support networks is known to improve the health status and outcomes. The frontlines of our health delivery system are daily the sites of genuine compassion, solidarity, respect and affirmation of personal identity in the personal contact — especially eye-to-eye — between health care service providers and patients.

Regrettably, our health workplaces have been increasingly transformed into a crude approximation of mass assembly. Health care workers have endured a decade of health restructuring through reduced funding, consolidation of facilities, closure of one in four hospital beds, and drastic reductions in average length of stay of patients. The remaining work force has been subjected to

Des sonnettes d'alarme ont récemment retenti à propos d'une «apocalypse démographique» imminente causée par le vieillissement de la population attribuable à l'augmentation de l'espérance de vie, à un taux de natalité allant en diminuant et au simple fait que les cohortes de la génération du baby-boom atteindront l'âge de 65 ans. L'inquiétude se nourrit de la crainte qu'une population vieillissante et la demande accrue qu'elle fera porter sur les services de santé feront exploser le budget de la santé sans une réforme drastique du financement ou de la prestation des services ou des deux.

Nous devons protéger et raffermir la Loi canadienne sur la santé. Les cinq principes de l'assurance-maladie doivent être conservés: la couverture universelle, l'accessibilité, la transférabilité entre les provinces et les territoires, la couverture complète et l'administration publique sans but lucratif. Le Forum national sur la santé a conclu en 1997 que les principes de base de l'assurance-maladie reflètent avec précision les valeurs des Canadiens: «[...] l'équité, la compassion, la responsabilité collective, la responsabilité individuelle, le respect des autres, l'efficacité et l'efficience». En fait le Forum a conclu que le public n'accepterait pas les modifications au régime de soins de santé à moins que l'essence de l'assurance-maladie ne soit conservée.

Nous demandons une présence fédérale importante dans le financement de l'assurance-maladie par le biais d'une augmentation des transferts de paiement afin de garantir le droit de tous les Canadiens à l'universalité et à un accès équitable dans toutes les provinces.

En ce qui a trait au programme de l'assurance-médicaments, les dépenses de santé des provinces pour les médicaments ont augmenté de 87 p. 100 entre 1990 et 1999, par rapport à 16 p. 100 pour les hôpitaux et à 30 p. 100 pour les services de médecins. En 1997, les dépenses en médicaments ont dépassé les dépenses en services de médecins pour se classer au deuxième rang, derrière les hôpitaux, en termes de part relative des dépenses totales en santé.

Raymond Gilmartin, président-directeur général de Merck and Company, USA, a déclaré au Forum économique mondial: «Les médicaments doivent servir aux gens, pas aux profits, et si nous nous souvenons de cela, les profits suivront.»

L'essence de la santé se trouve dans les liens intimes entre humains, que la compassion nourrit et soutient. L'appui social sous la forme de l'amitié, de relations sociales positives et d'un solide réseau de soutien est reconnu améliorer l'état de santé et les résultats. La première ligne de notre régime de services de santé voit tous les jours des exemples d'une compassion, d'une solidarité, d'un respect et d'une affirmation de l'engagement personnel dans les contacts humains — particulièrement face à face — véritables entre les fournisseurs des services de santé et les patients.

Regrettablement, nos milieux de travail en santé ont été progressivement transformés en une mauvaise imitation d'une ligne de montage. Les travailleurs de la santé ont subi une décennie de restructurations dans la santé par le truchement du financement réduit, du regroupement des établissements, de la fermeture d'un lit d'hôpital sur quatre et d'une diminution radicale



virtually every private sector managerial initiative of "speed up" from lean production methods, to just-in-time processes, benchmarking, re-engineering, "patient-focussed" care paradigms and Total Quality Management.

In closing, Mr. Chair, I would like to recall Tommy Douglas' exhortation in 1982 when he said that those who believe in medicare must not only raise our voices, we must also commit and develop our capabilities as communities and collectives to work and act democratically in both imagining and creating those forms and projects in local, provincial and federal domains, which allow us to move forward and ensure a healthy society constructed in a space that is free from the corrosion of the market and built upon the foundations first laid down by our parents.

Sister Cathy Brown, from the Izaak Walton Killam Hospital in Halifax said:

The cutbacks add to the stress, both physically and mentally. People are no longer at 100 per cent when they are on the job, as each day takes its toll on physical and mental strength. It becomes absolutely exhausting and impossible to balance your workplace duties with many other daily family responsibilities. It is a real shame that they let the people caring for those most in need suffer so much.

**Senator LeBreton:** Mr. Cook, interestingly enough, we had a witness in Alberta who advocated that funding levels be based on demographics and not on the equal per capita basis. If the government were to decide to follow that course, what do you think it would cost across the country? Would it equal out? How much more money would it bring into the health care system in Nova Scotia?

**Mr. Cook:** I am not sure that I can tell you how much more it would cost. The chief concern is that the means of distributing the pot — whatever size the pot may be — is inequitable and will get worse as the years go on. It is simple to distribute it on a per capita basis and it may have been the right thing to do 20 years ago when we did not have as much data and information about morbidity and mortality as we do now.

However, it works a hardship on those provinces that have high morbidity and high mortality rates and high average age. We have the data now. We have the capacity to be more sophisticated. I am suggesting that equity of access requires that the pot should take into account the needs of the various provinces.

**Senator LeBreton:** Because as you pointed out, you have an older population and a smaller tax base. I was just wondering if there has been data that CIHI or human resources have extrapolated out if they were to base it on the demographics of the population. Mr. Chair, perhaps somebody should look into that in terms of reconfiguring and seeing what it would actually cost and

de la durée moyenne de séjour des patients. La main d'œuvre survivante a été soumise à pratiquement toutes les expériences de gestion du secteur privé visant des «cadences accélérées», des techniques de production sur commande aux procédés juste à temps, à l'étalonnage compétitif et à la restructuration des activités, aux modèles de soins «axés sur les patients» et à la gestion de la qualité totale.

En terminant, monsieur le président, j'aimerais rappeler l'exhortation qu'a lancée Tommy Douglas en 1982, quand il a dit que ceux d'entre nous qui croient à l'assurance-maladie doivent non seulement se faire entendre, mais engager et développer nos capacités en tant que collectivités et collectifs afin de travailler de manière démocratique à imaginer et à créer les concepts et les projets, dans les sphères locales, provinciales et fédérales, qui nous permettront d'avancer vers et de garantir une société en santé dans un espace libre de la corrosion qu'apportent les marchés et édifée sur les fondations qu'ont posées nos parents au début.

Sœur Cathy Brown, de l'hôpital Izaak Walton Killam de Halifax, a dit:

Les coupures ajoutent au stress, à la fois mental et physique. Les gens ne sont plus à 100 p. 100 de leur forme quand ils sont au travail, chaque journée taxant la résistance mentale et physique. Il devient exténuant et absolument impossible d'équilibrer notre tâche au travail avec nos nombreuses autres responsabilités familiales quotidiennes. C'est une vraie honte de tant laisser souffrir les gens qui ont le plus de compassion pour ceux qui sont dans le besoin.

**Le sénateur LeBreton:** Monsieur Cook, de manière intéressante, nous avons entendu en Alberta un témoin qui défendait l'opinion que les niveaux de financement devraient être établis en fonction des données démographiques. Si le gouvernement décidait de suivre cette voie, combien croyez-vous que cela coûterait à l'échelle du pays? Cela s'équilibrerait-il? Quel montant cela procurerait-il au régime de soins de santé de la Nouvelle-Écosse?

**M. Cook:** Je ne suis pas certain de pouvoir vous dire combien cela coûterait de plus. La question principale est que la façon de distribuer la cagnotte — quel que soit le montant de cette cagnotte — est inéquitable et empirera avec les années. La répartir par habitant est facile et ça pouvait être la bonne chose à faire voilà 20 ans lorsque nous ne disposions pas d'autant de données que maintenant sur la morbidité et la mortalité.

Cependant, cela se fait au préjudice des provinces qui ont des taux de morbidité et de mortalité élevés et dont l'âge moyen de la population est élevé. Nous disposons des données maintenant. Nous pouvons être plus sophistiqués. Je suggère que l'égalité d'accès demande que la cagnotte tienne compte des besoins des diverses provinces.

**Le sénateur LeBreton:** Parce que, comme vous l'avez mentionné, vous possédez une population plus âgée et une base fiscale plus faible. Je me demandais simplement s'il y avait des données que l'ICIS ou Ressources humaines avait extrapolées s'ils allaient le baser sur les facteurs démographiques. Monsieur le président, peut-être que quelqu'un devrait regarder cela en termes

what difference would it make to the provinces that have the older populations.

**The Chairman:** We will in effect try to run those numbers.

**Senator Callbeck:** Following up on that, you would like to see seniors taken into account when figuring out the CHST payments and I can certainly see why. In Prince Edward Island, we have a very high senior population; we always have. It looks as though the trend will continue.

Is the Province of Nova Scotia pushing for this position in their talks with the federal government?

**Mr. Cook:** I do not know. Our association is non-governmental. We have not sought out the province to try and harmonize. Our board is made up of the governors of many of the district health authorities that have just been created in the province. They are concerned. The people who govern our health system are realizing that this province is in a very difficult situation. We continue to operate in a deficit. We have cut all our social programs to the bone. We realize, as a vested interest group, that sustainability for health care will never occur until we get out of deficit spending.

Our organization has asked, "What is causing us so much grief here?" One of the fundamental issues is that Nova Scotia cannot get out of the hole in terms of finding a level playing field. We have just come through one of the periods of greatest economic expansion in this province or in this country. Nova Scotia cut and reduced its services. Still we were unable to get out of a deficit situation. That issue is driving our board and our governors in this province. I do not think the province would argue with it.

This afternoon you will hear from Dr. George Kephart, Director of the Population Health Research Unit. He has done a lot of good work looking at the imbalance between morbidity and mortality across the country and funding. He will address this issue. I have heard on the radio that the Premier of the Province has endorsed that study and has embraced it.

**Senator Callbeck:** Are there any other changes that you would like to see in the CHST?

**Mr. Cook:** We are concerned that the committee is examining the notion of a move towards more tax points, less cash transfers. That is a concern for two reasons. First, such a move would favour those provinces with a strong economic base. The rich will get richer and the poor will get poorer under that scheme. The other big issue is that the federal government will lose clout in ensuring that the Canada Health Act is sustained and enforced.

Frankly, our board does not believe that the federal government should be renouncing any of its powers or its authority in this area. If you are going to have equal access across the country, that

de reconfiguration et vérifier ce que cela coûterait réellement et quelle différence cela ferait pour les provinces ayant une population plus âgée.

**Le président:** Nous essaierons en effet de trouver ces chiffres.

**Le sénateur Callbeck:** Pour reprendre, vous aimeriez que les personnes âgées soient prises en compte lors du calcul des paiements de TCSPS et je peux certainement comprendre pourquoi. À l'Île-du-Prince-Édouard, nous avons une très grande population âgée; cela a toujours été le cas. Il semble que cette tendance se poursuivra.

La province de la Nouvelle-Écosse défend-elle cette position dans ses pourparlers avec le gouvernement fédéral?

**M. Cook:** Je ne sais pas. Notre association est non gouvernementale. Nous n'avons pas eu de contacts avec la province pour qu'elle essaie et pour harmoniser nos positions. Notre conseil est formé des administrateurs des autorités de plusieurs des districts de santé qui viennent d'être créés dans la province. Ils sont inquiets. Les personnes qui régissent notre régime de santé réalisent que cette province est dans une position très difficile. Nous continuons à fonctionner avec un déficit. Nous avons coupé jusqu'à l'os dans tous nos programmes sociaux. Nous réalisons, en tant que groupe d'intérêt matériel, que la viabilité des soins de santé ne sera pas réalisée jusqu'à ce que nous sortions du déficit.

Notre organisation s'est demandé: «Qu'est-ce qui nous donne tant de problèmes ici?» L'une des questions fondamentales est que la Nouvelle-Écosse ne peut sortir du trou en termes d'égalité des chances. Nous venons de sortir d'une des périodes de plus grand développement économique de la province ou du pays. La Nouvelle-Écosse a coupé et réduit ses services. Mais nous sommes toujours incapables de sortir du déficit. Cette question préoccupe notre conseil et les administrateurs de notre province. Je ne crois pas que la province contesterait cela.

Vous entendrez cet après-midi le Dr George Kephart, directeur de l'unité de recherche sur la santé des populations. Il a fait beaucoup d'excellent travail sur le déséquilibre entre la morbidité et la mortalité à travers le pays et le financement. Il parlera de cette question. J'ai entendu à la radio que le premier ministre de la province avait endossé cette étude et qu'il l'avait adoptée.

**Le sénateur Callbeck:** Y a-t-il d'autres changements que vous désireriez apporter au TCSPS?

**M. Cook:** Nous sommes préoccupés par le fait que le comité étudie la possibilité d'une orientation vers davantage de points d'impôt et moins de transferts en argent. Cela nous inquiète pour deux raisons. Premièrement, une telle modification favoriserait les provinces possédant une base économique forte. Ce plan enrichirait les riches et appauvrirait les pauvres. L'autre grand problème est que l'influence dont dispose le gouvernement fédéral pour faire respecter et mettre en application la Loi canadienne sur la santé diminuerait.

Franchement, notre conseil ne croit pas que le gouvernement fédéral devrait renoncer à ses pouvoirs ou à son autorité dans ce domaine. S'il doit y avoir égalité d'accès à travers le pays, c'est là



is a responsibility for the federal government, which has the muscle to make it effective. We are alarmed when we look at that.

**Senator Callbeck:** Mr. Snow, at the end of your brief, I noticed a number of reforms that you would like to see. One is to implement primary health care reform. Would you spell that out, please?

**Mr. Snow:** In Nova Scotia they have tried health care reform over the years. I am speaking for the hospital workers now. A number of years ago there was a lot of downsizing and the workers were offered packages. Many took them because the average hospital worker in the province is 46 years old. The idea was that by cutting staff and offering packages, they would save enough money to improve the health care system. The reform did not work. It backfired. A lot of the workers who took the package returned to work as casual workers.

Primary health care reform was tried back in the early nineties and failed miserably. Now there has to be reform in health care, but you cannot take the people off the shop floor. You have to have the workers in the system to work the system because it is an aging population. That is what we mean by primary health care reform.

**Senator Robertson:** My questions this morning to both of you relate to the funding for health care. You may answer each one of my questions or any one upon which you choose to focus. All provinces find themselves trying to meet the health demands required by the public with not sufficient monies to give the care that is required. Some people would say we are in crisis.

We started with medicare with a percentage of 50 per cent federal, 50 per cent provincial. We now average about 17 per cent across all provinces. Some are higher; some are lower. What do you think should be the level of the federal government's contribution to health care? How much federal funding do you think would be enough? Should it be an absolute percentage or a desirable percentage? What form should the federal contribution take? Should it grow over time or should it be a given amount so provinces can budget around it? If the federal role was to be broadened to include more services than the current hospital and doctor expenses, how should this additional expenditure be financed?

**Mr. Snow:** In my brief, I mentioned about \$15 billion in surplus and revenue in the federal government. I think that the transfer payments have to increase by population and by need. I come from Cape Breton Island and we have the highest cancer rate anywhere in Canada. We have a disaster down there with the Tar Ponds. The hospital administrators there are strained under the budget. We have such a high rate of cancer in that province, there

la responsabilité du gouvernement fédéral, qui a la force de la mettre en vigueur. Nous sommes inquiets lorsque nous voyons cela.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Snow, j'ai remarqué à la fin de votre mémoire une série de réformes que vous aimeriez mettre en œuvre. L'une d'elles est de mettre en application une réforme des soins de santé primaires. Pourriez-vous élaborer s'il vous plaît?

**M. Snow:** Des réformes des soins de santé ont été tentées en Nouvelle-Écosse au cours des années. Je parle au nom de travailleurs des hôpitaux maintenant. Voilà quelques années il y a eu beaucoup de réductions des effectifs et des offres ont été faites aux travailleurs. Beaucoup les ont acceptées parce que l'âge moyen des travailleurs des hôpitaux est de 46 ans dans cette province. L'idée était qu'en réduisant le personnel et en offrant des indemnités de départ, il en résulterait suffisamment d'économies pour améliorer le régime de soins de santé. La réforme n'a pas fonctionné. Elle a fait long feu. Beaucoup des travailleurs ayant reçu des indemnités de départ sont revenus au travail en tant qu'employés occasionnels.

Une réforme des soins de santé primaires a été essayée au début des années 90 et a misérablement échoué. Vous devez avoir recours aux travailleurs du régime pour changer le régime, parce que c'est une population vieillissante. C'est ce que nous voulons dire par réforme des soins de santé primaires.

**Le sénateur Robertson:** Les questions que je vais vous poser à tous deux ce matin sont liées au financement des soins de santé. Vous pouvez répondre à chacune de mes questions ou vous concentrer sur l'une d'elles. Toutes les provinces se trouvent à tenter de répondre aux demandes du public en santé sans disposer de montants suffisants pour donner les soins nécessaires. Certains diraient que nous sommes en crise.

Nous avons lancé l'assurance-maladie avec un financement provenant à 50 p. 100 du fédéral et 50 p. 100 du niveau provincial. La moyenne des provinces est maintenant de 17 p. 100. Le pourcentage de certaines est plus élevé, et moins élevé pour d'autres. Quel doit être selon vous le niveau de la contribution du gouvernement fédéral aux soins de santé? Quel serait un financement suffisant de la part du fédéral selon vous? Cela devrait-il être un pourcentage absolu ou un pourcentage souhaitable? Quelle forme devrait prendre la contribution fédérale? Devrait-elle augmenter avec le temps ou devrait-elle représenter un montant fixe pour que les provinces puissent l'inclure dans leurs prévisions budgétaires? Si le rôle du fédéral devait être élargi pour inclure plus de services que les dépenses actuelles pour les hôpitaux et les médecins, comment ces dépenses supplémentaires devraient-elles être financées?

**M. Snow:** J'ai mentionné dans mon mémoire un surplus d'environ 15 milliards de \$ des revenus du gouvernement fédéral. Je crois que les paiements de transferts doivent augmenter en fonction de la population et des besoins. Je viens de l'île du Cap-Breton et nous y avons le taux le plus élevé de cancer au Canada. Les étangs bitumeux sont un désastre là-bas. Leurs budgets étouffent les administrateurs des hôpitaux de l'endroit. Le

should be more increases coming from the federal revenues, in my opinion.

I cannot speak for the nurses, but I think they have to go back to the old system of a two-year program for nursing. As you know, we have a shortage of doctors in our province. They left back in the nineties. You know the problem we have with Bill C-68 with the nurses and other groups. The two-year nursing program was an excellent program. Now they have a four-year program, a Bachelor of Science in Nursing. A lot of people go into that and they are not going to stay in a province that does not pay fair wages. They want to move on.

The transfer payments have to be increased to the poorer provinces, especially in view of the sickness in our province, of the aging population, of the environment. That should be relayed to the federal government.

**Mr. Cook:** You have posed some interesting questions. I wish I could answer them all with assurance. I need to take a moment to explain the situation in which the Nova Scotia Association of Health Organizations finds itself.

As you may know, this province restructured and district health authorities took over in this province as of January. Our association had a wholesale change in our governance as a result of that. Our board has only started to try to deal with some of these issues. Unfortunately our timing and your timing did not work out very well because these are very complex issues. Our board has not had an opportunity to canvass them in depth. As I am here speaking on behalf of the association, I certainly have to reflect the board's views. I can only tell you that the board has not had an opportunity to evaluate, discuss and take a position on many of these issues.

I do have some personal comments that reflect the sentiments that generally exist within the province. The federal government needs to maintain a strong role in financing and it needs to use that role to show leadership. There is no question that health care needs strong leadership over the next 20 years. We will face huge challenges. It is the federal government's responsibility to lead that way. You need to up the ante, quite frankly.

The federal government certainly solved its deficit problem quite nicely in the mid-nineties, but it did so at the expense of provinces, because health spending did not go down. The fact that the federal government reduced its contribution simply meant that provinces had to shoulder more of the burden.

I think that the federal government has to step up to the plate, but it has to fund in a strategic way. I think it needs to use that money to demonstrate leadership and find innovative means of addressing many of the problems that the country faces in health care. I think it needs to demand accountability. The federal government needs to reinforce or create a culture that requires

taux de cancer est si élevé dans cette province qu'il devrait y avoir davantage d'augmentations provenant des revenus fédéraux, selon moi.

Je ne peux pas parler au nom des infirmières, mais je crois qu'elles doivent revenir au vieux programme de deux ans en sciences infirmières. Comme vous le savez, il existe une pénurie de médecins dans notre province. Ils sont partis dans les années 90. Vous savez les problèmes que nous avons avec les infirmières et d'autres groupes relativement au projet de loi C-68. Le programme de deux ans en sciences infirmières était un excellent programme. Elles ont maintenant un programme de quatre ans, un baccalauréat en sciences infirmières. Beaucoup de gens s'y sont inscrits et ils ne resteront pas dans une province qui ne paie pas un juste salaire. Ils veulent partir.

Les paiements de transferts aux provinces pauvres doivent être augmentés, particulièrement au vu de la maladie, de la population vieillissante et de l'environnement dans notre province. Cela doit être communiqué au gouvernement fédéral.

**M. Cook:** Vous avez posé certaines questions intéressantes. J'aimerais pouvoir répondre avec assurance à toutes. Je vais prendre un instant pour expliquer la situation dans laquelle se trouve la Nova Scotia Association of Health Organizations.

Comme vous le savez peut-être, notre province s'est restructurée et des autorités de district de santé sont en place depuis janvier. Notre association a connu un bouleversement complet de sa gouvernance par conséquent. Notre conseil d'administration vient à peine de commencer à essayer de régler certaines de ces questions. Malheureusement, notre échancier et le vôtre ne se sont pas très bien accordés parce que ce sont des questions très complexes. Notre conseil n'a pas eu l'occasion d'examiner à fond ces questions. Comme je parle ici au nom de notre association, je dois évidemment transmettre les opinions du conseil. Je ne peux que vous dire que notre conseil n'a pas eu l'occasion d'évaluer, de discuter et de prendre position sur plusieurs de ces questions.

J'ai certains commentaires personnels qui reflètent le sentiment général dans la province. Le gouvernement fédéral doit conserver un rôle important dans le financement et il doit utiliser ce rôle pour montrer la voie. Il est certain que les soins de santé ont besoin d'une direction claire au cours des 20 prochaines années. Nous ferons face à d'énormes défis. Il incombe au gouvernement fédéral de montrer la voie. Vous devez hausser la barre, très franchement.

Le présent gouvernement fédéral a certainement réglé son problème de déficit de belle façon au milieu des années 90, mais il l'a fait aux dépens des provinces parce que les dépenses en santé n'ont pas diminué. Le fait que le gouvernement fédéral a réduit sa contribution a simplement signifié que les provinces avaient un fardeau plus lourd à porter.

Je crois que le gouvernement fédéral doit s'avancer au bâton, mais il doit financer de manière stratégique. Je crois qu'il doit utiliser cet argent pour montrer du leadership et trouver des façons innovatrices de régler plusieurs des problèmes auxquels le pays fait face en matière de soins de santé. Je crois qu'il doit exiger l'obligation de rendre compte. Le gouvernement fédéral doit



accountability from provinces, from individual health providers, for results. There is a strong sentiment in this province that the government endorse and follow that role and to do so with some hard cash. Frankly, in money will talk in federal-provincial discussions, is money.

**Senator Robertson:** If the hard cash does not come, then where do we get that? That is for another round of questioning. If you would like, the clerk could provide you with some of my questions. Perhaps your board might want to try to digest them. It might be helpful to this committee.

**Mr. Cook:** Absolutely.

**Senator Robertson:** I have one final question. This committee has heard across the country about other determinant factors such as poverty and lifestyle and the need for preventive programs, all of which affect the quality of health of the individual. Are Canadians are willing to let their government — I suppose I should say "governments" — spend less on health care and more on these other sectors that so largely impact the quality of the health status of the population?

**Mr. Cook:** There is growing recognition that the system has to move to a population health model. We have to get to root causes. We have to get to lifestyle issues. We have to invest more in education, in poverty, all of the determinants of health. I do not think there is any question about that.

The problem is that while we are doing that, we still have a lot of people who need hospital care. Cecil Snow has mentioned that the Province of Nova Scotia has the highest rates of certain cancers in the country. The rates in Cape Breton for cancers are very alarming. Heart disease is high. It is a nice notion to say, "Take money and put it over into promotion and prevention activities." We know that is what you have to do, but it is very hard to do that when you have wait lists of six and eight months, and you know that will result in further time delays and further curtailing access.

Any form of complex change requires resources. I agree that is where we have to go. What I am suggesting is that you cannot pull the money out of one sector before the other has had an opportunity to bear fruit. We need to run parallel systems for a while. We need to invest in a population health model for the province and that will take more money.

**Senator Cordy:** Being a Nova Scotia senator, it is wonderful to hear witnesses presenting the health system from a Nova Scotian perspective.

Mr. Snow, we had a witness in Ontario who said that in fact we do have enough health care workers but they are not being utilized properly. I wonder if you would comment on that.

renforcer ou créer une culture qui oblige les provinces et les fournisseurs individuels de soins de santé à rendre compte des résultats. Il existe dans cette province un fort sentiment pour que le gouvernement prenne et suive ce rôle et le fasse avec du comptant. Franchement, l'argent parlera dans les discussions fédérales-provinciales.

**Le sénateur Robertson:** Si l'argent comptant ne vient pas, alors où nous procurerons-nous cela? Ce sera pour une autre ronde de questions. Si vous voulez, le greffier pourra vous communiquer certaines de mes questions. Peut-être votre conseil pourrait-il les examiner, cela serait utile à notre comité.

**M. Cook:** Absolument.

**Le sénateur Robertson:** J'ai une dernière question. Ce comité a entendu parler à travers le pays d'autres facteurs déterminants tels que la pauvreté et le mode de vie ainsi que la nécessité de programmes de prévention, tous facteurs qui affectent l'état de santé des individus. Les Canadiens sont-ils disposés à laisser leur gouvernement — je suppose que je devrais dire «gouvernements» — dépenser moins pour les soins de santé et plus dans ces autres domaines qui ont un si large impact sur la qualité de l'état de santé de la population?

**M. Cook:** Il existe une reconnaissance de plus en plus répandue que le régime doit se diriger vers un modèle de santé de la population. Nous devons aller aux causes premières. Nous devons régler les problèmes de mode de vie. Nous devons investir davantage dans l'éducation, dans l'élimination de la pauvreté, dans tous les facteurs déterminants de la santé. Je ne crois pas qu'il y ait de doutes à ce sujet.

Le problème est que, pendant que nous faisons cela, il y a toujours beaucoup de gens qui ont besoin de soins hospitaliers. Cecil Snow a mentionné que la province de la Nouvelle-Écosse connaît les taux les plus élevés au pays pour certaines formes de cancer. Le taux de cancer dans l'île du Cap-Breton est très inquiétant. Les maladies du cœur sont fréquentes. C'est une belle idée de dire: «Prenez de l'argent et dépensez-le en activités de promotion et de prévention.» Nous savons que c'est ce qu'il faut faire, mais il est très difficile de le faire lorsqu'on a des listes d'attente de six ou huit mois, et qu'on sait que ça aura pour résultat des délais plus longs et une réduction supplémentaire de l'accès.

Toute forme de changement complexe exige des ressources. Je suis d'accord pour dire que c'est là où nous devons aller. Ce que je suggère, c'est qu'on ne peut pas enlever l'argent d'un secteur pour le mettre dans un autre avant qu'il n'ait eu l'occasion de porter fruit. Nous devons gérer des systèmes parallèles pour un temps. Nous devons investir dans un modèle de santé de la population pour la province et cela prendra plus d'argent.

**Le sénateur Cordy:** En tant que sénateur venant de Nouvelle-Écosse, je trouve merveilleux d'entendre des témoins présenter le régime de santé d'un point de vue néo-écossais.

Monsieur Snow, nous avons entendu en Ontario un témoin qui nous a dit que nous avions en fait suffisamment de travailleurs de la santé mais qu'ils ne sont pas adéquatement utilisés. Je me demande si vous pouvez faire un commentaire là-dessus.

**Mr. Snow:** Well, I cannot speak for the Province of Ontario, but I know in our union in Nova Scotia, we are getting into multiple tasking now. Sometimes unions do not agree with that, but in some of the smaller hospitals it is necessary. We have people who have to do three or four different tasks and maybe that is happening in the province of Ontario. I do not know. I do not agree with it, but I have no choice.

**Senator Cordy:** I was not sure that a lot of people did at the time, but nonetheless I thought you should comment on it.

My next question, Mr. Snow, is dealing with morale of the health care workers, and we have heard witness after witness talking about the low morale of health care workers in Canada. I know in Nova Scotia the nurses have gone through a particularly difficult time recently.

What would be the first step in starting to increase the morale of health care workers? I know that the feeling is that it is a very difficult job in this day and age — with all of the cutbacks and things that you have mentioned earlier. What would be the very first thing that we could start with to increase morale?

**Mr. Snow:** Scrap Bill C-68. We had a very strained summer with Bill C-68 and that is on the back burner right now.

**Senator Cordy:** I am not sure that everybody knows what that is.

**Mr. Snow:** Bill C-68 is a bill taking the rights away from unionized workers to negotiate collectively in the final offer selection. By the way, our union is the only union that is into bargaining that is not under that bill. We did not sign up for it yet. We might have to.

I think that has a lot to do with it because for forty odd years, my union formally CBRT and GW, now Canadian Auto Workers have negotiated with Bob Cook, AHO. Anyway, we negotiated over those years and we did get good collective agreements for our workers. The morale was good back in the 1970s and 1980s. In the 1990s we had to deal with cutbacks and restraints.

The only way to improve the morale is to have a happy workforce. The people who work in the force must be appreciated first. They were not appreciated this summer when they came out with Bill C-68. Traditionally, health care workers are not a radical bunch like coal miners and steel workers. They are not wielding baseball bats and stuff like that. They negotiated fairly over those 40 years, reached good collective agreements, and are caring and sharing people. People who work in the health care system work with patients and elderly people. They have to have compassion; they would not be there if they did not have compassion for those patients.

**M. Snow:** Eh bien, je ne peux pas parler pour la province de l'Ontario mais je sais que notre syndicat en Nouvelle-Écosse en est au fonctionnement multitâche à l'heure actuelle. Les syndicats sont parfois en désaccord avec cela, mais c'est nécessaire pour certains des plus petits hôpitaux. Nous avons des gens qui ont trois ou quatre tâches différentes à exécuter et c'est peut-être ce qui se passe dans la province de l'Ontario, je ne sais pas. Je ne suis pas d'accord avec ça, mais je n'ai pas le choix.

**Le sénateur Cordy:** Je ne suis pas sûre que beaucoup de gens l'avaient à ce moment, mais je pensais néanmoins que vous deviez faire un commentaire à ce sujet.

Ma prochaine question, monsieur Snow, a pour objet le moral des travailleurs de la santé et nous avons entendu témoin après témoin parler du moral bas des travailleurs de la santé au Canada. Je sais que les infirmières de la Nouvelle-Écosse ont vécu des moments particulièrement difficiles récemment.

Quel serait le premier pas à faire pour commencer à relever le moral des travailleurs de la santé? Je sais que l'impression générale est qu'il s'agit d'un travail très difficile par les temps qui courent — avec toutes les coupures et les éléments que vous avez mentionnés plus tôt. Quelle serait la toute première chose à faire pour améliorer le moral?

**M. Snow:** Jeter aux poubelles le projet de loi C-68. Nous avons eu un été épuisant avec le projet de loi C-68 et il est en veilleuse présentement.

**Le sénateur Cordy:** Je ne suis pas sûre que tout le monde sait de quoi il s'agit.

**M. Snow:** Le projet de loi C-68 est un projet de loi qui enlève aux travailleurs syndiqués le droit de négocier collectivement par l'arbitrage des propositions finales. Au fait, notre syndicat est le seul syndicat présentement en négociation qui n'est pas assujéti à ce projet de loi. Nous n'y avons pas souscrit jusqu'à maintenant. Nous devons peut-être le faire.

Je crois que ça a beaucoup à voir avec ça parce que depuis quarante et quelques années maintenant, mon syndicat, auparavant la FCCETAO et maintenant les Travailleurs canadiens de l'automobile, a négocié avec Bob Cook de l'AHO. De toutes façons, nous avons négocié au cours de ces années et nous avons obtenu de bonnes conventions collectives pour nos travailleurs. Le moral était bon dans les années 70 et 80. Dans les années 90, nous avons eu à faire face aux coupures et à la contrainte.

La seule manière d'améliorer le moral est d'avoir une main d'œuvre heureuse. Les gens qui travaillent doivent tout d'abord être appréciés. Ils n'ont pas été appréciés cet été avec le projet de loi C-68. Par tradition, les travailleurs de la santé ne sont pas des radicaux comme les houilleurs et les travailleurs de l'acier. Ils ne brandissent pas de bâtons de base-ball et des trucs comme ça. Ils ont négocié justement pendant ces 40 années, ont conclu de bonnes conventions collectives et sont des gens bienveillants et communicatifs. Les gens qui travaillent au sein du régime de soins de santé travaillent avec les patients et les personnes âgées. Il faut qu'ils aient de la compassion; ils ne seraient pas là s'ils n'avaient pas de compassion pour ces patients.



With the cutbacks and the bad morale and the amalgamation was the thing that affected a lot of our workers. When they amalgamated all the hospitals together, it was almost like taking a little family, say they were working in Sheet Harbour and amalgamating with the QE II and having workers changing jobs, going back and forth, and the bumping process and all that. That caused a lot of bad morale.

To answer your question, I really do not know. I think they have to get more people on the shop floor, more workers to ease the burden that the workers have there now. I think that is one resolve probably. They will probably have to give some kind of programs where the workers are appreciated. I think the thing is to let the workers bargain effectively.

I know in the Province of Ontario they have binding arbitration. As bad as that is, that is better than final offer selection. The administrators have collective bargaining the same as our workers do and when the government steps in and tries to tell us how to run our business, we do not like it. Thank you.

**Senator Cordy:** Mr. Cook, you talked about accountability. I attended a health forum sponsored by the Dalhousie Medical Foundation and they had representatives there from across the country. Accountability came up repeatedly over the three days that we were there.

How do you go about doing that because as it stands now, the federal government gives the provinces the funding, and the provinces say, "Hands off. Do not tell us how to spend the money." How would you go about ensuring that there would be accountability for the funds that are given to the provinces?

**Mr. Cook:** That is a good question. I know that the federal government tried very hard a year ago to get an accountability framework with the provinces. It is an appropriate start. I think, to require the provinces to show what is happening with those dollars.

I do not think that the federal government can do this alone, and I would not suggest that it is your responsibility alone. I go back to the issue of leadership. If the federal government provides the wherewithal to make this possible, then you lead by example, and you start to create a culture within an industry that says, "We are accountable. We have to demonstrate what good did we do for the funds we received."

Our association is partnering with the provincial health council, for example, to develop an accountability framework around the province's health goals. We have health goals, but we have never measured the degree to which we are achieving them. That is our contribution.

It is all part and parcel of demonstrating and setting an example — setting a culture of expectation that people be accountable for the vast sums of money that are going in.

Avec les coupures et le mauvais état d'esprit, le regroupement a été un facteur qui a affecté beaucoup de nos travailleurs. Lorsque tous les hôpitaux ont été regroupés, ça a été comme prendre une petite famille, disons qu'ils travaillaient à Sheet Harbour, et de la fusionner avec le QE II et de faire changer d'emploi aux travailleurs, avec un va-et-vient et les procédures d'évincement et tout ça. Cela a entraîné beaucoup de mauvais état d'esprit.

Pour répondre à votre question, je ne sais vraiment pas. Je pense qu'il faut mettre plus de gens dans les étages, plus de travailleurs pour alléger la tâche que les travailleurs abattent au moment présent. Je crois que c'est probablement une solution. Ils devront probablement avoir à donner une sorte de programme où les travailleurs seront appréciés. Je crois que qu'il faut laisser les travailleurs négocier réellement.

Je sais que la province de l'Ontario pratique l'arbitrage exécutoire. Aussi mauvais que ce soit, c'est encore mieux que l'arbitrage de propositions finales. Les administrateurs disposent de négociation collective, tout comme nos travailleurs, et lorsque le gouvernement s'amène et tente de nous dire comment mener nos affaires, nous n'aimons pas cela. Merci.

**Le sénateur Cordy:** Monsieur Cook, vous avez parlé d'obligation de rendre compte. J'ai assisté à un forum sur la santé commandité par la Dalhousie Medical Research et il y avait là des représentants du pays entier. L'obligation de rendre compte est venue régulièrement sur le tapis au cours des trois jours où nous avons été là.

Comment vous y prenez-vous pour y arriver parce que ce qui se passe présentement, c'est que le gouvernement fédéral donne le financement aux provinces et les provinces disent: «Bas les pattes! Ne nous dites pas comment dépenser l'argent.» Comment vous y prendriez-vous pour qu'il y ait obligation de rendre compte des fonds donnés aux provinces?

**M. Cook:** C'est une bonne question. Je sais que le gouvernement fédéral a essayé très fort l'an dernier d'obtenir avec les provinces un cadre de travail portant sur l'obligation de rendre compte. Il serait approprié comme point de départ, à mon avis, d'exiger que les provinces montrent ce qui arrive de ces dollars.

Je ne crois pas que le gouvernement fédéral puisse le faire seul, et je ne dirais pas que c'est votre seule responsabilité. J'en reviens à la question du leadership. Si le gouvernement fédéral assure les moyens de rendre cela possible, alors vous menez par l'exemple et vous commencez à créer une culture dans le secteur qui dit: «Nous sommes responsables. Nous devons prouver quel bien nous avons fait avec les fonds que nous avons reçus.»

Notre association est en partenariat avec le conseil provincial de la santé, par exemple, pour mettre au point un cadre de travail de responsabilisation autour des objectifs de la province dans le domaine de la santé. Nous avons des objectifs en matière de santé, mais nous n'avons jamais mesuré à quel point nous les remplissons. C'est notre contribution.

Cela est une partie essentielle de montrer et donner l'exemple — établir une culture où les attentes sont que les gens sont responsables des énormes montants d'argent qui sont investis.

**Senator Cordy:** I think too the Canadian public are ready for accountability because you keep hearing that, not only from the health forum but from other Canadians as well.

You talked about migration from the smaller provinces such as Nova Scotia to the bigger provinces, to Ontario or to Alberta. There is also migration within the province. While the population figures may look the same in terms of Nova Scotia, what seems to be happening is that people are leaving Cape Breton, for example, and going to centres such as Halifax. That creates problems within Cape Breton particularly because, in addition to health concerns, you tend to have an aging population that you may not have in other parts of the province.

What about something like a national pharmacare system? The statistics that we have show that within the smaller Atlantic Provinces, 25 per cent of the population do not have any pharmacare coverage whatsoever. So what would you feel about a national pharmacare program?

**Mr. Cook:** I think that conceptually it is great. Conceptually, insured long-term care coverage is great, but we do not have it in the province. I think all of these are wonderful, and would make a positive impact on the health of Canadians and would alleviate a huge cost burden to them. To be honest though, we do not know what that might cost, and what other kinds of programs would be foregone to provide that.

There is a host of competing issues, and again, I go back to the point that our board is cognizant that this is a very complex area. If you spend \$250 million or \$500 million on a pharmacare program, that is \$500 million that you do not have for some other purpose.

There are many competing interests out there. We are focussing on things like investment. The investment in information systems is just that: it is an investment so that we know how we are spending our money, and what works and what does not.

We are suggesting that the first priority for the federal government needs to be on those kinds of things that create an investment. Information systems are critical. Anecdotally, we are aware that there are many medical interventions that do not benefit the patient. We have the capacity to measure this. We do not necessarily have the infrastructure and the systems in place to do so. A great role for the federal government is to invest in information systems that allow comparison from province to province. Again, this raises the notion of accountability and bench-marking, and also allows us to evaluate medical procedures and the benefit that flows from that. That has been the focus of our brief.

**Le sénateur Cordy:** Je crois aussi que le public canadien est prêt à l'obligation de rendre compte parce nous l'entendons de partout, pas seulement de la part du Forum sur la santé mais des autres Canadiens aussi.

Vous avez parlé d'une migration des plus petites provinces telles que la Nouvelle-Écosse vers les plus grosses provinces, vers l'Ontario ou l'Alberta. Il existe aussi une migration à l'intérieur de la province. Bien que les chiffres démographiques puissent sembler identiques pour la Nouvelle-Écosse, ce qui semble se passer est que les gens quittent l'île du Cap-Breton, par exemple, pour aller dans des centres comme Halifax. Cela crée des problèmes à l'île du Cap-Breton particulièrement, parce qu'en plus des problèmes de santé il semble y exister un vieillissement de la population plus marqué que dans d'autres parties de la province.

Et quel est votre avis à propos de quelque chose comme un régime d'assurance-médicaments national? Les statistiques dont nous disposons montrent que, dans les plus petites provinces de l'Atlantique, 25 p. 100 de la population n'a pas de couverture d'assurance-médicaments sous quelque forme que ce soit. Alors, quelle est votre opinion sur un programme national d'assurance-médicaments?

**M. Cook:** Je crois que c'est excellent en théorie. En théorie, l'assurance-médicaments est excellente, mais nous n'en avons pas dans la province. À mon avis, toutes ces choses sont merveilleuses, auraient un impact positif sur la santé des Canadiens et les soulageraient d'un lourd fardeau financier. Pour être honnête cependant, nous ne savons pas combien cela coûterait et à quels autres programmes il faudrait renoncer pour fournir cela.

Il existe une foule de questions qui se font concurrence et, encore une fois, j'en reviens au fait que notre conseil d'administration est conscient qu'il s'agit d'un domaine très complexe. Si vous dépensez 250 ou 500 millions de dollars dans un programme d'assurance-médicaments, c'est 500 millions de dollars que vous n'avez pas pour d'autres fins.

Il existe plusieurs intérêts en concurrence dans le domaine. Nous nous concentrons sur des sujets comme les investissements. L'investissement dans les systèmes d'information est justement cela: c'est un investissement pour savoir comment nous dépensons notre argent et ce qui fonctionne ou pas.

Nous suggérons que la principale priorité du gouvernement fédéral doit porter sur ce type de choses qui créent des investissements. Les systèmes d'information sont cruciaux. De façon anecdotique, nous savons que beaucoup d'interventions médicales ne profitent pas au patient. Nous avons la capacité de mesurer cela. Nous ne disposons pas nécessairement de l'infrastructure et des systèmes en place pour le faire. Un excellent emploi du gouvernement fédéral serait d'investir dans les systèmes d'information qui permettent des comparaisons entre provinces. Encore une fois, cela soulève la question de la responsabilisation et de l'étalonnage compétitif et nous permet également d'évaluer les procédures médicales et les bénéfices qui en découlent. Cela a été le sujet principal de notre mémoire.



That is not to say that pharmacare is not an important social program. However, our thrust right now is what can we do to eliminate inefficiencies and to try and streamline the system.

**The Chairman:** May I thank the two of you very much for coming this morning. We appreciate your taking the time to be with us.

Senators, our next panel consists of representatives of the Insurance Bureau of Canada, the Canadian Coalition Against Insurance Fraud and the Atlantic Institute for Market Studies.

I will begin with George Anderson who is the President and CEO of the Insurance Bureau of Canada. I say this to my colleagues who were not on the banking committee. George has probably testified before me as much as any witness I have ever run into, so I am delighted to see him in a different format. I will also say that this may be the last time he appears before us since he has announced he is leaving his job and retiring next July. In case this is the last time, George, thank you, it has been fun over the years. I hope you have fun after you move on to other things.

**Mr. George D. Anderson, President and CEO, Insurance Bureau of Canada:** Thank you very much for those kind remarks, Mr. Chairman. I do hope perhaps in another life to actually have the opportunity to come and talk about some other matters at another time. However, you are quite right, I am leaving after 10 years in this job, which had to be one of the most interesting jobs in Canada for the range of things that we deal with.

Now we are asked to deal with health policy in Canada. The Insurance Bureau of Canada represents property and casualty insurers. Those are the people who do home, auto, and business insurance. I make the distinction between the life and disability insurers and us. We employ about 100,000 Canadians in all parts of Canada.

With me today is, who is the Senior Vice-President of Policy Development. He has done a lot of work on this file and is quickly becoming, I think, an expert in the field.

Mr. Chairman, last year property and casualty insurers spent more than \$1 billion outside medicare on health care for injured individuals and by far the largest portion of these expenditures were for rehabilitation services for automobile crash victims, as you might logically expect.

During the 1990s, these costs underwent phenomenal escalation. I will give you some figures from Ontario where we have the most reliable database. In Ontario, the average insurance cost for medical claims and rehabilitation for crash victims rose from \$5,200 per claim in 1990 to more than \$16,000 per claim in the year 2000. That is an increase of 210 per cent in one decade.

Cela ne veut pas dire que l'assurance-médicaments n'est pas un programme social important. Notre effort maintenant doit cependant porter sur ce que nous pouvons faire pour éliminer l'inefficacité et rationaliser le système.

**Le président:** Je vous remercie beaucoup tous deux d'être venus ce matin. Nous apprécions que vous ayez pris le temps d'être avec nous.

Sénateurs, notre prochain groupe d'experts est formé de représentants du Bureau d'assurance du Canada, de la Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance et de l'Atlantic Institute for Market Studies.

Je commencerai avec George Anderson qui est président-directeur général du Bureau d'assurance du Canada. Je dis cela à l'intention de mes collègues qui ne faisaient pas partie du Comité des banques. George est probablement venu témoigner devant moi aussi souvent que n'importe quel témoin que j'ai rencontré, alors je suis particulièrement heureux de le voir dans un autre cadre. Je dirai aussi que c'est peut-être la dernière fois qu'il comparaît devant nous puisqu'il a annoncé qu'il quittait son emploi et prendra sa retraite en juillet prochain. Au cas où ce serait la dernière fois, George, merci, cela a été un plaisir tout au long de ces années. J'espère que vous prendrez plaisir à tes prochaines activités.

**M. George D. Anderson, président-directeur général, Bureau d'assurance du Canada:** Merci beaucoup de ces commentaires touchants, Monsieur le président. J'espère avoir, peut-être dans une autre vie, l'occasion de venir parler d'autres sujets en d'autres temps. Vous avez cependant tout à fait raison, je quitte après 10 années dans cet emploi qui doit être l'un des emplois les plus intéressants au Canada pour ce qui est de la diversité des sujets que nous avons à aborder.

On nous demande maintenant d'aborder la politique de la santé du Canada. Le Bureau d'assurance du Canada représente les assureurs multirisques. Nous sommes les gens qui assurent les maisons, les voitures et les entreprises. Je souligne la distinction entre nous et les assureurs sur la vie et l'invalidité. Nous employons environ 100 000 Canadiens dans toutes les régions du Canada.

M. Paul Kovacs, premier vice-président des politiques, m'accompagne aujourd'hui. Il a beaucoup travaillé sur ce dossier et est rapidement devenu, à mon avis, un expert dans le domaine.

Monsieur le président, les assureurs multirisques ont dépensé l'an dernier plus de 1 milliard de dollars en dehors de l'assurance-maladie pour les soins de santé à des particuliers blessés et la plus grande partie, de loin, de ces dépenses est allée à des services de réadaptation pour les victimes de collisions automobiles comme vous pouvez logiquement vous y attendre.

Ces coûts ont enregistré une croissance phénoménale au cours des années 90. Je vais vous donner quelques chiffres de l'Ontario, où notre base de données est la plus fiable. En Ontario, le coût moyen réclamé à l'assurance pour les soins médicaux et de réadaptation aux victimes de collisions automobiles a grimpé de 5 200 \$ par réclamation en 1990 à plus de 16 000 \$ par réclamation en l'an 2000. C'est une augmentation de 210 p. 100 en une seule décennie.

Now insurers also fund the health system in other ways. For instance, automobile health levies made by the provincial governments provide those governments with direct funding on top of the rehabilitation costs that we incur. The value of these levies in 2001 is \$174 million — a 300 per cent increase over what was paid five years ago.

In addition, the industry pays about \$3.6 billion in corporate and payroll taxes. We calculate about \$1.2 billion of that constitutes another major contribution for the medicare system from our industry. Therefore, the total commitment of our industry is about \$2.5 billion. That is growing at what I would call breathtaking rates. It gives us a very large stake in Canada's health system.

A number of factors have been at work in the dramatic rise of these numbers in recent years. Not the least of these, of course, is the trend for provinces to shift growing portions of health care costs associated with injury crash victims directly onto the insurance industry. I believe we call this off-loading. That trend has come with fewer services being offered by hospitals and the failure of publicly supported rehabilitation services to keep pace with demand.

While the industry has accepted responsibility for these additional costs, there is little reason for insurers to have confidence that the parts of the system with which they work are adequately accountable or that insurers and their customers are getting value for money in terms of improved health outcomes. I think the committee has probably heard this before in its hearings.

Mr. Chairman, IBC tabled its submission with your committee in September and it included seven recommendations. I will not go over all seven today. My remarks this morning will focus on two aspects, injury prevention and rehabilitation. Naturally we are pleased to discuss any of the other matters in our submission.

I think there are two main messages that come out of the work we have done so far on health care. The first is the urgent need for political commitment to move from discussion to action. The brief submissions I heard this morning indicate to me that the issues at stake now are simply too important to allow us to indulge in what one commentator called "the Canadian tendency to talk about excellence in health care without looking at the implementation routes to achieve excellence." I think we are at the point now where we have to drill down on this file, well beyond where we have been in the public discourse in Canada for many, many years.

Our second message is that privately funded health services need to be considered in concert with the public component when it comes to issues like performance standards, accountability, and cost containment. I would like to explore these two messages just a little bit. In the property and casualty insurance injury, we do not subscribe at this time to the crisis language that some people have

Maintenant, les assureurs financent aussi le régime de santé d'autres façons. Par exemple, les droits sur la santé automobile exigés par les gouvernements provinciaux procurent à ces gouvernements un financement direct en plus des coûts de réadaptation que nous assumons. La valeur de ces droits en 2001 est de 174 millions de dollars — une augmentation de 300 p. 100 par rapport à ce qui était versé voilà cinq ans.

De plus, l'industrie verse environ 3.6 milliards de dollars en impôts sur les sociétés et en charges sociales. Nous calculons qu'une portion d'environ 1.2 milliard de dollars de ce montant représente une autre contribution majeure de notre industrie au régime d'assurance-maladie. L'engagement total de notre industrie est donc d'environ 2.5 milliards de dollars. Cela augmente à un rythme que je qualifierais d'essoufflant. Cela nous procure un très grand intérêt dans le régime de santé du Canada.

Plusieurs facteurs ont été à l'œuvre dans la hausse dramatique de ces chiffres au cours des dernières années. Le moindre de ces facteurs n'est évidemment pas la tendance des provinces à faire assumer une part croissante des coûts des soins de santé associés aux victimes de collisions automobiles directement par l'industrie de l'assurance. Je crois que cela s'appelle du délestage. Cette tendance s'accompagne d'une diminution des services offerts par les hôpitaux et l'échec des services de réadaptation financés par le public à répondre à l'augmentation de la demande.

Bien que l'industrie ait accepté d'assumer ces frais supplémentaires, les assureurs ont peu de raisons d'être confiants que les éléments du régime avec lesquels ils collaborent rendent adéquatement compte ou qu'ils obtiennent une optimisation de leurs ressources en termes des améliorations à la santé qui en découlent. Je pense que le comité a probablement déjà entendu tout cela au cours de ses audiences.

Monsieur le président, le BAC a transmis son mémoire au comité en septembre et il incluait sept recommandations. Je ne m'étendrai pas sur toutes aujourd'hui. Mes remarques de ce matin porteront sur deux aspects: la prévention des blessures et la réadaptation. Nous serons naturellement heureux de discuter des autres sujets abordés dans notre mémoire.

Je crois que deux grands messages peuvent être tirés du travail que nous avons effectué jusqu'ici sur les soins de santé. Le premier est le besoin pressant pour l'engagement politique de passer des paroles à l'action. Les brefs exposés que j'ai entendus ce matin me confirment que les questions en jeu maintenant sont tout simplement trop importantes pour que nous nous laissions aller à ce qu'un commentateur a appelé «la tendance canadienne à parler d'excellence en soins de santé sans chercher les avenues pratiques permettant d'atteindre cette excellence». Je crois que nous en sommes maintenant à l'étape où nous devons agir dans ce dossier, bien au-delà du point où nous sommes rendus dans le discours public au Canada depuis beaucoup, beaucoup d'années.

Notre second message est qu'il faut envisager des services de santé financés par des fonds privés lorsqu'on parle de sujets tels que normes de rendement, responsabilisation et compression des coûts. J'aimerais m'étendre un peu sur ces deux messages. Dans l'industrie de l'assurance multirisque, nous ne souscrivons pas au langage de crise que certains utilisent pour décrire le régime de



used in describing the health care system that most Canadians have become attached to. Rather, we believe — and I think we find support for this in the Fyke and Clair commissions, the National Forum on Health and other authorities — that a high quality patient-centred health system can survive and prosper in Canada. This will not happen automatically and without the commitment to leadership and action on the weaknesses of our system. Indeed, these weaknesses have been known for some time. Canadian health care — while perhaps not in crisis — is certainly facing significant problems and challenges.

One of the longstanding issues includes the need for a great deal more attention to prevention and population health promotion. In the mid-1970s, the Lalonde report indicated the need to reform the way primary care is delivered in the country, and the need for a modern information infrastructure and the ability of providers to share personal health information. I think one of the previous witnesses talked about this.

We have no doubt that had these issues been acted on earlier, Canada's health system today would be performing better and, I would submit, at lower costs. Unfortunately, as you all know, there is great resistance to change. That resistance has been strong.

In the face of resistance, political leaders have been unable or perhaps unwilling to act comprehensively on what is already known about how to improve and preserve the national health system. We call this the "log jam of self interest." This log-jam of self interest may prove to be the greatest threat to the future of Canada health care.

Second, the property and casualty insurance community views the presence of private sources of funding as a strength. Indeed, it is not now, in our view, as a practical matter to think of our system functioning in any other way. Based on our experience in funding medical and rehabilitation services for our customers, we believe that private sources of funding expand the capacity of the health system and contribute to higher levels of customer satisfaction.

At the same time we are very sensitive to, and aware of, the fact that private funding of some health services can be associated with unacceptable differences in accessibility to the system.

Yet, unequal care standards and health outcomes are not inevitable results of private funding. They happen because the authorities responsible for health policy treat privately funded services as though they were outside provincial health systems. For instance, privately funded streams of rehabilitation operate under separate legislative frameworks. They receive little or no attention from provincial ministries of health. There is no systematic data collection. There is inconsistent quality assurance. There is limited, if any, interest in cost containment, and there are few mechanisms to make privately paid providers accountable for health outcomes. Indeed, it often seems that government's concern for privately funded rehabilitation services ended once the costs started to be paid by the private sector.

soins de santé auquel la plupart des Canadiens se sont attachés. Nous sommes plutôt d'avis — et je crois que les commissions Fyke et Clair, le Forum national sur la santé et d'autres autorités nous donnent raison là-dessus — qu'un régime de santé de haute qualité axé sur le patient peut survivre et prospérer au Canada. Cela ne se produira pas automatiquement et sans engagement pour le leadership ou actions sur les faiblesses de notre système. Ces faiblesses sont bien sûr identifiées depuis un certain temps. Les soins de santé canadiens — bien que n'étant peut-être pas en crise — font certainement face à des problèmes et des défis importants.

L'une des questions de longue date est la nécessité de porter beaucoup plus d'attention à la prévention et à la promotion de la santé au sein de la population. Au milieu des années 70, le rapport Lalonde signalait le besoin d'une réforme de la manière dont les soins primaires sont assurés au pays, et le besoin d'une infrastructure de renseignements moderne et d'une capacité des fournisseurs de se communiquer les renseignements médicaux personnels. Je crois que l'un des précédents témoins en a parlé.

Aucun doute n'existe dans notre esprit que si ces questions avaient été réglées plus tôt, le rendement du régime de santé du Canada serait meilleur aujourd'hui et j'irais jusqu'à dire à un coût moindre. Malheureusement, comme vous le savez tous, il existe une grande résistance au changement. Cette résistance a été forte.

Devant cette résistance, les dirigeants politiques ont été incapables ou peut-être réticents à agir exhaustivement sur ce qui était déjà connu en matière d'amélioration et de préservation de notre régime de santé national. C'est ce que nous appelons un «embâcle d'intérêts personnels». Cet embâcle d'intérêts personnel pourrait s'avérer la plus grande menace pour l'avenir des soins de santé au Canada.

Deuxièmement, le milieu de l'assurance multirisque perçoit la présence de sources privées de financement comme une force. Bien sûr, ce n'est pas maintenant, à notre avis, pratique de penser que notre régime peut fonctionner d'une autre manière. Selon notre expérience du financement des services médicaux et de réadaptation pour nos clients, nous croyons que les sources privées de financement élargissent la capacité du régime de santé et contribuent à rehausser le niveau de satisfaction du client.

Simultanément, nous sommes très sensibles et très conscients du fait que le financement privé de certains services de santé peut être associé à des différences inacceptables dans l'accès au régime.

Pourtant, l'inégalité des normes des soins et des résultats médicaux n'est pas le résultat inévitable d'un financement privé. Elle se produit parce que les pouvoirs responsables des politiques de santé traitent les services financés par le privé comme s'ils étaient à l'extérieur des régimes de santé provinciaux. Par exemple, les sources de soins de réadaptation financés par le secteur privé fonctionnent dans des cadres législatifs séparés. Ils reçoivent peu ou pas d'attention des ministères de la Santé provinciaux. Il n'existe pas de cueillette systématique des données. L'assurance de la qualité est inégale. Il y a peu, sinon pas du tout, d'intérêt pour la compression des coûts et peu de mécanismes pour responsabiliser les fournisseurs payés par des fonds privés quant aux résultats sur l'état de santé. De fait, il

For the entire history of health care in this country, private sources have played a significant part in the funding of our health system. This is not likely to change, in my view, nor, frankly, should it. However, the same performance expectations need to be applied equally throughout the system regardless of the source of funding.

We are asking for more leadership on the rehabilitation side. Bring rehabilitation and injury prevention into the mainstream of medical thinking of Canada and set up effectiveness councils of providers and research councils on rehabilitation that can get at some of the issues of the runaway costs in this sector, and what appears to be a serious lack of accountability for health outcomes. Those are our major recommendations.

**Ms Mary Lou O'Reilly, Executive Director, Canadian Coalition Against Insurance Fraud:** I am sure it is not news to those gathered here this morning that every Canadian pays in one way or another for insurance fraud, and so it is understandable that everyone must join together to stop those who seek to defraud not only the insurance community but the health care system.

An overwhelming number of Canadians have told us that they believe that consumers, lawmakers, bureaucrats, among others, must play a part in eradicating personal injury insurance fraud. Ninety per cent of Canadians also believe that the fraud coalition should be involved in the prevention of the abuses to the health care system, because the two frauds go hand-in-hand.

Our organization was founded in 1994, and our mandate then was to raise awareness of insurance fraud. Our member companies understandably include most of the private insurance companies in Canada who provide the majority of home, car, and business insurance sold in this country. We also count among our membership Manitoba Public Insurance, Saskatchewan Government Insurance and the Insurance Corporation of British Columbia. Other members included the Consumers' Association of Canadian, the Canadian Chiropractic Association, and the Canadian Association of Occupational Therapists. We even count the Canadian Cycling Association among our membership.

Armed with the experience and expertise of these groups, the fraud coalition attempts to raise both industry and public awareness about this costly crime, which is not only a serious drain on insurance policyholders but also the societal resources, including our health care resources.

Our submission today represents the view that all Canadians have the right to receive affordable, effective, and efficient health care. With hundreds and thousands of Canadians making

semble souvent que l'intérêt du gouvernement pour les services de réadaptation privés s'est éteint le jour où les coûts ont commencé à être défrayés par le secteur privé.

Les sources privées ont joué un rôle important dans le financement de notre régime de santé tout au long de l'histoire des soins de santé dans ce pays. Il est peu probable à mon avis que cela change et, franchement, il ne le faudrait pas. Les mêmes attentes en matière de rendement doivent cependant s'appliquer également dans tout le système sans égard à la provenance du financement.

Nous demandons plus de leadership du côté des services de réadaptation. Ramenez la réadaptation et la prévention des blessures dans le courant principal de la réflexion médicale au Canada et mettez sur pied des conseils sur l'efficacité des fournisseurs et des conseils de recherche sur la réhabilitation qui peuvent examiner certaines des questions entourant l'emballement des coûts dans ce secteur et ce qui semble être une sérieuse carence dans la responsabilisation quant aux résultats des traitements. Ce sont là nos principales recommandations.

**Mme Mary Lou O'Reilly, directrice exécutive, Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance:** Je suis certaine que je n'apprendrai rien aux personnes réunies ici ce matin en disant que chaque Canadien paie d'une façon ou d'une autre pour la fraude à l'assurance, et qu'il est donc raisonnable que chacun collabore pour identifier qui fraude non seulement le milieu de l'assurance mais aussi le régime de soins de santé.

Un nombre écrasant de Canadiens nous ont dit qu'à leur avis les consommateurs, les législateurs et les bureaucrates entre autres doivent jouer un rôle dans l'éradication de la fraude à l'assurance en matière de blessures corporelles. Quatre-vingt-dix pour cent des Canadiens croient également que la coalition contre la fraude devrait participer à la prévention des abus touchant le régime de soins de santé, parce que ces deux fraudes vont de pair.

Notre organisation a été fondée en 1994 et notre mandat était alors la sensibilisation à la fraude à l'assurance. Nos entreprises membres incluent, il va de soi, la plupart des sociétés privées d'assurances au Canada, qui émettent la majorité des polices d'assurance vendues dans ce pays pour les maisons, les voitures et les entreprises. Nous comptons également parmi nos membres la Société d'assurance publique du Manitoba, la Saskatchewan Government Insurance et la Insurance Corporation of British Columbia. Figurent parmi nos autres membres l'Association des consommateurs du Canada, l'Association chiropratique canadienne et l'Association canadienne des ergothérapeutes. Nous comptons même l'Association cycliste canadienne dans nos rangs.

Forte de l'expérience et de l'expertise de ces groupes, la coalition contre la fraude tente de sensibiliser l'industrie et le public à ce crime onéreux qui exerce non seulement une ponction sérieuse sur les ressources des détenteurs de polices d'assurance mais aussi sur les ressources de la société, incluant les ressources de nos soins de santé.

Notre mémoire d'aujourd'hui expose l'opinion que tous les Canadiens ont le droit de recevoir des soins de santé abordables et efficaces. Des centaines et des milliers de Canadiens faisant



insurance claims every year, it is not surprising that most of them receive some form of medical and rehabilitation service.

A portion of these claims is not legitimate. Those claims that are deemed to be illegitimate can become serious drains on the vital health care resources that could otherwise be going to individuals who are legally and legitimately in need of care.

As two leading participants in the delivery of medical and rehabilitation services, the federal government and the insurance industry must acknowledge that personal injury fraud is a crime. It costs honest policyholders, through increased premiums, and it costs all Canadians in terms of its serious drain on societal resources, specifically, valuable health care resources.

We have recently commissioned an independent study to uncover just how widespread the problem of this kind of fraud is in Canada and how much of a role it plays in personal injury claims to our industry. The results are astounding. More than one quarter of all personal injury claims that an insurance company receives has some element of insurance fraud. The industry, on an annual basis, is paying out more than \$500 million annually for claims that contain an element of insurance fraud.

The insurers that we represent are vulnerable to unnecessary and inflated medical and rehabilitation claims because of a variety of different factors. First, while insurers expect to incur losses from accident-related injuries, the frequency at which such claims arise and the severity of these injuries cannot possibly be known in advance. So it is very difficult for insurers to simply interpret an increase in claims as a true indication of fraud.

Second, the fraud and abuse controls used by insurers to foil illicit claiming activities are not unerring. Most ambiguities in our current environment obviously are resolved in favour of the person submitting the claim. Consequently, this makes the detection of fraud difficult.

As a coalition, we are here before you today fundamentally encouraging that within the framework of any health care reform that is brought forward that the exchange of information continues to be aggressive between health care providers and insurers. I speak, as I had mentioned, for a coalition that represents not just insurance companies but health care providers who are committed to the detection and elimination of fraud in the system.

The one prevailing theme of every example — and there are hundreds that come before us on an annual basis — is that every claim that is denied is denied after valuable health care resources

chaque année des demandes d'indemnité, il n'est pas surprenant que la plupart d'entre eux reçoivent des services médicaux et de réadaptation sous une forme ou une autre.

Une partie de ces demandes d'indemnité n'est pas légitime. Les demandes qui sont jugées illégitimes peuvent exercer une ponction sérieuse sur des ressources vitales en soins de santé qui pourraient sinon être affectées à des personnes ayant légalement et légitimement besoin de soins.

En qualité de participants de premier plan dans la prestation de services médicaux et de réadaptation, le gouvernement fédéral et l'industrie de l'assurance doivent reconnaître que la fraude aux blessures corporelles est un crime. Elle est coûteuse pour les détenteurs de police qui doivent défrayer des primes plus élevées et elle est coûteuse pour tous les Canadiens en terme de ponction sérieuse sur les ressources sociétales et plus spécifiquement sur les précieuses ressources en soins de santé.

Nous avons récemment commandé une étude indépendante pour découvrir quelle est l'étendue du problème relatif à ce type de fraude au Canada et quelle est son ampleur dans les demandes d'indemnité pour blessures corporelles faites à notre industrie. Les résultats sont ahurissants. Plus du quart de toutes les demandes d'indemnité pour blessures corporelles reçues par les sociétés d'assurances contiennent un élément de fraude à l'assurance. L'industrie verse sur une base annuelle plus de 500 millions de dollars pour des demandes d'indemnité contenant un élément de fraude à l'assurance.

Les assureurs que nous représentons sont vulnérables aux demandes d'indemnité inutiles ou gonflées relativement à des soins médicaux et de réadaptation en raison d'une gamme de facteurs divers. Tout d'abord, bien que les assureurs s'attendent à subir des pertes en raison des blessures associées à des accidents, il est impossible de connaître à l'avance la fréquence avec laquelle ces demandes se présenteront et la sévérité des blessures. Il est donc très difficile pour les assureurs d'interpréter une augmentation des demandes d'indemnité comme une indication valide de fraude.

Ensuite, les mesures de vérification de la fraude et des abus auxquelles ont recours les assureurs pour contrecarrer les activités de demandes illicites d'indemnités ne sont pas infaillibles. Le bénéfice du doute en faveur de la personne présentant la demande d'indemnité s'applique dans notre environnement présent pour la plupart des équivoques relevées. Cela rend par conséquent difficile la détection des fraudes.

En tant que coalition, notre présence devant vous aujourd'hui vise fondamentalement à encourager la poursuite, dans le cadre de travail de toute réforme des soins de santé mise de l'avant, d'un échange dynamique de renseignements entre fournisseurs de soins de santé et assureurs. Je parle, comme je l'ai mentionné, au nom d'une coalition qui ne représente pas que les sociétés d'assurances mais aussi des fournisseurs de soins de santé qui se sont engagés à détecter et à éliminer la fraude du régime.

Le thème omniprésent de chaque exemple — et nous en voyons des centaines chaque année — est que toute demande d'indemnité qui est refusée est refusée après que de précieuses ressources en

have been illegitimately delivered to a person who has committed fraud.

**The Chairman:** Thank you and the last member of the panel before we turn to questions is David Zitner, a Fellow on Health Policy at the Atlantic Institute for Market Studies. May I also just tell my colleagues, in addition to Dr. Zitner's brief today, he has also distributed with it a copy of a paper called "Operating in the Dark" which he co-authored with Dr. Brian Lee Crowley, who is also a member of Don Mazankowski's Task Force in Alberta. I would highly recommend that the members on the committee read it. Read the full paper, not just the executive summary. It is well worth it.

**Dr. David Zitner, Fellow on Health Policy, Atlantic Institute for Market Studies:** I am actually a family doctor and director of medical informatics at Dalhousie Medical School.

I think your committee will face the same problem as several other committees who have tried to study the Canadian health system — they are all staffed by dedicated people. You have all heard diverse views about what should be done, yet because of a serious lack of information on the impact of various manoeuvres on access to care and the results of care, you will be unable to choose among competing visions of health care delivery.

This lack of information occurs because no one has bothered to collect regular and reliable information on effects of various strategies on access to care and on the results of care or the direct and indirect costs of care, although we know those costs. It is interesting that every person knows whether they got better or worse.

We know that the purpose of health care is to improve comfort, function, and life expectancy. However, it is only in the health care system that we are unable to define and say what our product is. Hence, our first recommendation to the federal government and as well as to your committee, is that suggestions to reform health care or to change the way care is provided must always be accompanied by an estimate of how the proposed changes will influence access to care and the results of care. We have seen a lot of tinkering over the years with the health system, but no one has bothered to say what the effect has been.

You might be tempted to recommend a new organization to gather information about access and results of care. However, we have an organization in which we have invested heavily: the Canadian Institute for Health Information, CIHI, which has received \$95 million of federal money. CIHI is responsible for health information in Canada. At the same time, provincial governments spend large amounts.

For example, at our hospital in Halifax, we spend about \$1.5 million reviewing the charts of each patient who goes through and is discharged from the hospital. A detailed review is done. The chart review takes place by having a health record

soins de santé aient été illégalement administrées à la personne ayant commis la fraude.

**Le président:** Merci, et le dernier membre du groupe, avant que nous passions aux questions, est David Zitner, professeur associé de l'Atlantic Institute for Market Studies en matière de politique de la santé. Puis-je également ajouter à l'intention de mes collègues qu'en plus de son mémoire d'aujourd'hui, le Dr Zitner a aussi distribué des copies d'un article intitulé «Operating in the Dark» qu'il a signé avec le Dr Brian Lee Crowley, qui est aussi membre du groupe de travail de Don Mazankowski en Alberta. Je recommande hautement aux membres du comité de le lire. Lisez-le en entier, pas seulement le résumé. Il en vaut la peine.

**Le Dr David Zitner, professeur associé en matière de politique de la santé, Atlantic Institute for Market Studies:** Je suis en fait médecin de famille et directeur de l'informatique médicale de la Dalhousie Medical School.

Je crois que votre comité fera face au même problème qu'ont connu plusieurs autres comités qui ont tenté d'étudier le régime de santé canadien — ils étaient tous formés de gens dévoués. Vous avez tous entendu diverses opinions sur ce qui devrait être fait et pourtant, en raison d'une sérieuse carence de renseignements sur l'impact des diverses manœuvres sur l'accès aux soins ou sur les résultats de ces soins, vous serez incapable de choisir entre des visions divergentes de la prestation des soins de santé.

Ce manque d'information existe parce que personne ne s'est soucié de recueillir des renseignements continus et fiables sur les effets des diverses stratégies sur l'accès aux soins et sur les résultats des soins ou sur les coûts directs et indirects des soins bien que nous connaissions ces coûts. Il est intéressant de noter que chacun sait s'il va mieux ou plus mal.

Nous savons que le but des soins de santé est d'améliorer le confort, les fonctions et l'espérance de vie. C'est cependant seulement dans le cadre du régime de soins de santé que nous sommes incapables de définir notre produit et de dire ce qu'il est. Notre première recommandation au gouvernement fédéral et à ce comité est donc que toute proposition de réforme des soins de santé ou de modification à la façon dont les soins sont assurés doit toujours être accompagnée par une évaluation de la façon dont les modifications proposées toucheront l'accès aux soins et les résultats obtenus par les soins. Nous avons assisté à beaucoup de tripotages du régime de santé au cours des ans mais personne ne s'est soucié de dire quel effet cela a eu.

Vous pourriez être tenté de recommander la mise sur pied d'une nouvelle organisation pour recueillir des renseignements sur l'accès aux soins et leurs résultats. Une organisation existe cependant dans laquelle nous avons lourdement investi: l'Institut canadien d'information sur la santé, l'ICIS, qui a reçu 95 millions de dollars en fonds fédéraux. L'ICIS est responsable de l'information sur la santé au Canada. Concomitamment, les gouvernements provinciaux dépensent de gros montants.

Par exemple, nous dépensons dans notre hôpital à Halifax environ 1.5 million de dollars pour examiner les dossiers de chaque patient qui est entrée et a reçu son congé de l'hôpital. Un examen détaillé est effectué. L'examen du dossier consiste en un



reviewer go through each page of the chart. They ask what the diagnoses were, what the procedures were, how long the person was in the hospital. They do not ask, "Did the person get better?" Or "How long did they wait for care?" This process costs, at our hospital, about \$1.5 million. There are 22 people going through each page of each chart. The information that is collected is quite variable.

I see you have some astonishment. I think people do not realize that this happens.

**The Chairman:** Yes. I did look astonished only because you would think that anybody who has ever tried to run anything would first ask, "Does it work?"

**Dr. Zitner:** Exactly.

**The Chairman:** I am sorry, but that was why the look on my face was there.

**Dr. Zitner:** I actually find it strange as Director of Health Informatics that I get frequent flyer miles going around talking about this problem, saying, "We do not measure results." One of the things we heard about earlier was accountability and action. One of the issues that this committee will face is how to do you encourage federal and provincial governments to actually act on a recommendation?

In our paper, we included an outline of previous recommendations, starting with the federal-provincial-territorial deputy ministers' working group, which was unanimously endorsed by all of the federal-provincial Deputy Ministers of Health, and they said at the time of health reform that they would provide the public with information about access and results, the two questions that people do not ask. Michael Decter, the Chair of the Canadian Institute for Health Information has said repeatedly that the two pieces of information that we need are information about access and results, but we do not get it.

So we are not suggesting a new system. We are saying that we should ask the system that is in place to work better. I believe the federal government can play a major role by simply asking the provinces "How long do people wait?" "Do you keep track of your waiting lists?"

Today in Halifax, Nova Scotia, the major hospitals have no idea who is waiting for care. No other industry can do that. When you consider that people waiting for hip surgery or other procedures essentially represent a future obligation of the hospital, it is sort of astounding that people can manage a business without having this information.

So why is the information not available? I guess one of the structural reasons is that we have a circumstance where there is a serious conflict of interest. Health care in Canada is essentially an unregulated monopoly.

examen de chaque page du dossier par un examinateur de dossiers médicaux. Il demande quel était le diagnostic, quelles ont été les procédures, combien de temps la personne est restée à l'hôpital. Il ne demande pas: «La personne allait-elle mieux à sa sortie?» ou «Combien de temps a-t-elle attendu son traitement?». Cette procédure coûte environ 1.5 million de dollars à notre hôpital. Il y a 22 personnes qui examinent chaque page de chaque dossier. L'information recueillie est très variable.

Je constate un certain étonnement. Je crois que les gens ne réalisent pas que ce genre de choses se produit.

**Le président:** Oui, j'ai montré de l'étonnement parce qu'on pourrait penser que n'importe qui ayant déjà essayé de faire marcher quelque chose demanderait d'abord: «Cela fonctionne-t-il?»

**Le Dr Zitner:** Exactement.

**Le président:** Je suis désolé, mais c'est la raison pour laquelle j'avais l'air étonné.

**Le Dr Zitner:** Je trouve étrange en vérité, en tant que directeur de l'informatique de la santé, d'obtenir des points de grand voyageur en me promenant partout pour parler de ce problème et en disant: «Nous ne mesurons pas les résultats». L'une des choses dont nous avons entendu parler plutôt était la responsabilisation et l'action. L'une des questions auxquelles le présent comité devra répondre est: Comment inciter les gouvernements fédéral et provinciaux à réellement mettre en œuvre une recommandation?

Nous avons inclus dans notre article un résumé des recommandations antérieures à ce sujet, en commençant par celle d'un groupe de travail fédéral-provincial de sous-ministres qui a été unanimement adoptée par tous les sous-ministres de la Santé fédéral et provinciaux, qui ont dit au moment de la réforme qu'ils donneraient au public de l'information sur l'accès et les résultats, les deux questions que les gens ne posent pas. Michael Decter, le président de l'Institut canadien d'information sur la santé, a dit à maintes reprises que les deux types d'information dont nous avons besoin étaient les renseignements sur l'accès et sur les résultats, mais nous ne les obtenons pas.

Nous ne suggérons donc pas un nouveau système. Nous disons que nous devrions exiger que le système qui est en place fonctionne mieux. Je crois que le gouvernement fédéral peut jouer un rôle clé en demandant simplement aux provinces: «Combien de temps les gens attendent-ils?» et «Faites-vous un suivi de vos listes d'attentes?»

Aujourd'hui à Halifax, en Nouvelle-Écosse, les grands hôpitaux n'ont aucune idée de qui attend des soins. Aucune autre industrie ne peut se permettre cela. Lorsque vous tenez compte du fait que les gens qui attendent une chirurgie de la hanche ou d'autres procédures représentent des complications futures pour l'hôpital, il est en quelque sorte ahurissant de constater que des gens peuvent administrer une entreprise sans avoir ces renseignements.

Alors, pourquoi l'information n'est-elle pas disponible? Je suppose qu'une des raisons structurelles est qu'il s'agit d'une situation de grave conflit d'intérêts. Les soins de santé au Canada sont par essence un monopole non réglementé.

Bill 34 in Nova Scotia, which established the health districts, said "These are the responsibilities of the health districts: To govern, plan, manage, monitor, evaluate, and deliver health services in a health district." Of course, the bill also says that the minister determines the services provided, so I am not sure how one reconciles that conflict. But there is a clear conflict between having the same people governing, planning, managing, monitoring, administering, delivering, and evaluating the services they provide.

Therefore, our third recommendation is that we do something to break up this conflict of interest in which governments do all of these functions. Since I am on a panel with a group from the insurance industry, if one thinks of government as a regulator, how would government behave as a regulator if an insurance company said that 10 per cent or 15 per cent of the policyholders did not have access to the services that they required? In Canada today, many people in many districts cannot get family doctors, which clearly is an insured service. If the insurance industry, fixing a car said, "Sorry, you paid your premium but we do not have any mechanics," the government would say, "You cannot do this. This is a problem."

The final comment that I would like to make is that apart from looking at errors, the health system produces miraculous results on a regular basis. My family has been beneficiaries. My daughter had a condition that was life threatening. She is fine now. Because we do not measure results, we do not get a chance to celebrate the miracles that occur on a daily basis. We begin to take them for granted and we focus our attention on errors.

I think we need to collect information both about errors and about excellent results. You probably will hear some discussion about error and error management. But errors are really a particular instance of a poor result. I think if we collect all of the circumstances where people receiving health care achieve poor results, we would be able to develop circumstances to remedy the causes — whatever they are, whether they are from error or from mistaken beliefs. The history of medicine is replete with instances where we believed that a particular treatment is valuable and we subsequently learn it is not.

Thank you for taking the time to listen to this, and I hope we have time for a discussion.

**The Chairman:** I have one question each for Dr. Zitner and Mr. Anderson. Mr. Anderson, when we were in western Canada, we heard, in Manitoba, Alberta, and BC from people who run private clinics who do not serve medicare patients. They either serve Americans or they serve Workers' Compensation Board claimants or people who have been sent by insurance companies, because the companies would prefer that the claimants get good service at the private clinic on the reasoning that the longer they are in the public line-up, the more the insurance company has to pay out.

Le projet de loi 34 de la Nouvelle-Écosse, qui a créé les districts de santé, dit en substance: «Voici les responsabilités des districts de santé: gouverner, planifier, gérer, contrôler, évaluer et administrer les services de santé dans le district de santé.» Bien sûr, le projet de loi dit aussi que c'est le ministre qui établit les services assurés, et je ne sais pas trop comment résoudre ce conflit. Mais il existe un conflit évident lorsque des gens gouvernent, planifient, gèrent, contrôlent, administrent la prestation et évaluent les services qu'ils assurent.

Notre troisième recommandation est donc de faire quelque chose pour éliminer le conflit d'intérêts dans lequel les gouvernements accomplissent toutes ces fonctions. Puisque je me trouve dans un groupe d'experts du secteur de l'assurance, pensons au gouvernement comme à un organisme de réglementation: comment le gouvernement réagirait-il en tant qu'organisme de réglementation si une société d'assurances disait que 10 à 15 p. 100 des détenteurs de police n'avaient pas accès aux services dont ils avaient besoin? Au Canada présentement, beaucoup de gens dans beaucoup de districts n'ont pas accès à des médecins de famille, ce qui est clairement un service assuré. Si l'industrie de l'assurance disait au moment de réparer une voiture: «Désolé, vous avez payé vos primes mais nous n'avons pas de mécaniciens», le gouvernement dirait «Vous ne pouvez pas faire ça. Il y a un problème.»

Le commentaire final que j'aimerais faire est que, au-delà des erreurs que nous décelons, le régime de santé produit des résultats miraculeux sur une base régulière. Ma famille en a été bénéficiaire. Ma fille avait une affection qui mettait sa vie en danger. Elle va bien maintenant. Parce que nous ne mesurons pas les résultats, nous perdons l'occasion de célébrer les miracles qui se produisent sur une base quotidienne. Nous commençons à les prendre pour acquis et nous portons notre attention sur les erreurs.

Je crois que nous devons recueillir de l'information à la fois sur les erreurs et sur les excellents résultats. Vous entendrez probablement des exposés sur les erreurs et la gestion des erreurs. Mais les erreurs sont une manifestation particulière d'un mauvais résultat. Je crois que si nous rassemblons tous les cas où les gens ayant reçu des soins ont obtenu des mauvais résultats, nous serions capables d'élaborer des conditions permettant de remédier aux causes — quelles qu'elles soient, qu'elles proviennent d'erreur ou de croyances erronées. L'histoire de la médecine fourmille de cas où nous avons cru qu'un traitement particulier était valable pour apprendre par la suite qu'il ne l'était pas.

Merci d'avoir pris le temps de m'écouter et j'espère que nous aurons le temps d'échanger.

**Le président:** J'ai une question chacun pour le Dr Zitner et M. Anderson. Monsieur Anderson, lorsque nous étions dans l'ouest du Canada, nous avons entendu au Manitoba, en Alberta et en Colombie-Britannique des gens qui dirigeaient des cliniques privées ne traitant pas les patients de l'assurance-maladie. Ils traitent soit les Américains, soit les gens indemnisés par la Commission des accidents de travail ou les gens envoyés par les sociétés d'assurances parce que les sociétés préfèrent que les indemnisés reçoivent un bon service dans une clinique en vertu du raisonnement que plus longtemps ils attendront pour obtenir les services publics, plus la société d'assurances devra déboursier.



As an aside, the operators of the private clinics tell us that, in fact, Bill 11 in Alberta has made it worse to operate a private clinic. They will not operate in Alberta, but they do operate elsewhere in the west, which is kind of funny given the press coverage of Bill 11.

Do you have any data on the frequency of use of private clinics that are outside the system that the insurance industry is using? I am trying to understand the frequency of use. We do that because we all know that there is no two-tiered system in Canada unless you happen to be a customer of a Worker's Compensation Board.

One of the things that has shocked this committee is the discovery that Workers' Compensation claimants have their own line-ups. They are completely outside the system. The doctors are paid separately from the regular system and so on. Then we discovered in the west — this is not a negative comment — that insurance companies, logically, in an attempt to reduce costs, were using the same set of clinics. I would love to have some data on that, if that is possible.

**Mr. Anderson:** We can try, senator. I have to say that the empirical base here is quite weak. We know this happens, of course, and the impetus for it is to get people better faster.

**The Chairman:** Of course.

**Mr. Anderson:** The longer they mangle in the system, the worse they get.

**The Chairman:** That is right. We were not being critical of it. I am just trying to understand how big it is. We know every Workers' Compensation Board patient gets treated that way. The question is: Who else?

**Mr. Anderson:** To some extent our customers get treated that way as well, although our ability in jurisdictions such as Ontario to direct patients to particular suppliers is very narrowly prescribed. In other words, we cannot just say, "You have to go here."

**The Chairman:** Right. What you are saying is if they do not want to get better quicker, you cannot force it.

**Mr. Anderson:** That is correct.

**The Chairman:** Anyway, any information like that would be valuable.

I have a question for Dr. Zitner. You talked about no information on the effectiveness of results and the length of waiting times. There was a third piece that I thought you would have added, and that is it is our understanding that hospitals across the country do not really know what it costs them to perform any given procedure.

Dans un autre ordre d'idées, les exploitants des cliniques privées nous disent que le projet de loi C-11 en Alberta a rendu plus difficile en fait l'exploitation d'une clinique privée. Ils n'opéreront pas en Alberta mais ils opéreront ailleurs dans l'Ouest, ce qui est curieux en quelque sorte étant donné la couverture qu'a eue le projet de loi 11 dans les médias.

Avez-vous des données sur la fréquence du recours à des cliniques privées qui sont à l'extérieur du régime et que l'industrie de l'assurance utilise? J'essaie de comprendre la fréquence d'utilisation. Nous faisons cela parce que nous savons tous qu'ils n'y a pas de régime à deux vitesses au Canada excepté si vous êtes client de la Commission des accidents de travail.

L'une des choses qui a choqué ce comité a été de découvrir que les indemnisés de la Commission des accidents de travail avaient leurs propres listes d'attente. Ils sont complètement à l'extérieur du système. Les médecins sont payés par d'autres sources que le régime ordinaire, et cetera. Nous avons ensuite découvert dans l'Ouest — et cela n'est pas un commentaire négatif — que les sociétés d'assurances, logiquement et dans l'espoir de réduire leurs coûts, utilisaient le même réseau de cliniques. J'aimerais obtenir quelques données là-dessus, si c'est possible.

**M. Anderson:** Nous pouvons essayer, sénateur. Je dois dire que le fondement empirique est plutôt faible, ici. Nous savons que cela se produit, bien sûr, et le motif est que les gens se portent mieux plus rapidement.

**Le président:** Bien sûr.

**M. Anderson:** Plus longtemps ils traînent dans le système, plus leur état empire.

**Le président:** C'est vrai. Nous ne sommes pas critiques face à cela. Nous essayons seulement de comprendre quelle ampleur ça a. Nous savons que tous les patients de la Commission des accidents de travail sont traités de cette façon. La question est: qui d'autre?

**M. Anderson:** Dans une certaine mesure nos clients sont aussi traités de cette façon, bien que notre capacité à orienter nos patients vers des fournisseurs particuliers est très étroitement réglementée dans des juridictions comme l'Ontario. En d'autres mots, nous ne pouvons pas dire simplement: «Vous devez vous rendre là.»

**Le président:** D'accord. Ce que vous dites, c'est que s'ils ne désirent pas se rétablir plus rapidement, vous ne pouvez pas les y forcer.

**M. Anderson:** C'est exact.

**Le président:** De toute façon, toute information de cet ordre serait précieuse.

J'ai une question à poser au Dr Zitner. Vous avez dit qu'il n'existait pas d'information à propos de l'efficacité des résultats et de la longueur de l'attente. Il y a un troisième type d'information que j'aurais pensé que vous ajouteriez, et c'est que, d'après ce que nous avons compris, les hôpitaux à travers le pays ne savent pas combien cela leur coûte d'effectuer une procédure en particulier.

**Dr. Zitner:** I think that is true as well. One of the interesting things, a lot of the arithmetic people do is by division. The Canadian Institute for Health Information essentially looks at the number of people with a particular diagnosis that are treated. They do that to develop what they call a "resource intensity weight." For example, delivering a baby requires fewer resources than brain surgery. Pneumonia, for example, might have a particular resource intensity weighting. They do not make any adjustments for severity. They do not distinguish between people with pneumonia who are very sick and people with pneumonia who are moderately ill. So there is a serious problem.

They take into account all of the diagnoses that someone has. So if somebody had pneumonia, plus diabetes, plus renal failure, there will be a higher resource intensity weighting. But if somebody just has acute pneumonia and is wheeled into the hospital, the system does not distinguish that pneumonia from a pneumonia that I would treat in my office with an oral antibiotic. They only look at hospital patients. It would take some time to discuss this, and I would be glad to discuss it with you at some future time.

**The Chairman:** We will do it off-line. What struck us was that, if you think of it, hospitals are major service-providing facilities and yet they do not know the individual costs. We have asked various hospital CEOs who have appeared before us what it would cost to do a hip replacement. So far nobody can even remotely begin to tell us. How you manage a business when you do not know your production costs?

**Dr. Zitner:** That is what distracted me from primary care into trying to deal with some of these issues. It is hard to see how people manage. By the way, since we are discussing private sector, the government-run organizations do not behave much differently. In fact, if you go into hospitals across Canada, including Nova Scotia, you find a huge effort in marketing foods — including high fat doughnuts — that may not be great for people. It is hard to get healthy food sometimes in a hospital.

That is done as a way of generating revenue, which is understandable because people need revenue, because governments feel that they cannot totally support the system — but that certainly does not fit with the population health element.

The other anecdote that I will tell you is that accountability may be a cost of monopoly. In Nova Scotia we had a system similar to one used in Pennsylvania. We referred to it in our book. The Web site is [www.phc4.org](http://www.phc4.org), where every hospital in Pennsylvania is mandated to provide information about severity-adjusted results. We were doing that in 1995, but when the Victoria General and the Halifax Infirmary merged, people said decided not to do that anymore.

**Le Dr Zitner:** Je crois que cela est également vrai. Fait intéressant à noter, une grande partie des calculs que les gens font sont des divisions. L'Institut canadien d'information sur la santé prend essentiellement en compte le nombre de gens traités pour un diagnostic particulier. Ils le font pour mettre au point ce qu'ils appellent un «poids de l'intensité des ressources». Par exemple, la naissance d'un bébé demande moins de ressources qu'une opération du cerveau. La pneumonie, par exemple, peut posséder un poids particulier d'intensité des ressources. Ils ne font pas de rajustements pour tenir compte de la gravité des cas. Ils ne font pas de distinction entre les gens atteints de pneumonie qui sont très malades et les gens atteints de pneumonie qui sont modérément malades. Il existe donc un grave problème.

Ils prennent en compte tous les diagnostics affectant une personne. Si quelqu'un a une pneumonie, plus du diabète, plus une insuffisance rénale, le poids de l'intensité des ressources sera plus élevé. Mais si quelqu'un n'a qu'une pneumonie aiguë et qu'il est amené en civière à l'hôpital, le système ne fera pas de distinction entre cette pneumonie et une pneumonie que je pourrais traiter dans mon cabinet avec un antibiotique administré par voie orale. Ils ne tiennent compte que des patients des hôpitaux. Cela prendrait un certain temps d'exposer tout ça et je serais heureux d'en discuter avec vous à un moment futur.

**Le président:** Nous le ferons en dehors de l'audience. Ce qui nous a frappé, c'est que les hôpitaux sont des établissements majeurs fournissant des services et pourtant ils n'en connaissent pas les coûts individuels. Nous avons demandé à différents directeurs généraux d'hôpitaux qui ont comparu devant nous combien cela coûterait de remplacer une hanche. Personne n'a pu jusqu'à maintenant en donner une vague idée. Comment faites-vous pour gérer une entreprise si vous ne connaissez pas les coûts de production?

**Le Dr Zitner:** C'est en essayant de comprendre certaines de ces questions que j'ai été distrait de la pratique des soins primaires. C'est difficile de comprendre comment les gens gèrent. Au fait, puisque nous parlons du secteur privé, les organisations gérées par le gouvernement ne se comportent pas de façon très différente. En fait, si vous visitez les hôpitaux à travers le pays, incluant la Nouvelle-Écosse, vous constaterez qu'il y a un grand effort de commercialisation de nourriture — y compris certains beignes à haute teneur en gras — qui n'est pas exactement bonne pour les gens. C'est difficile parfois de trouver des aliments sains dans un hôpital.

C'est fait dans le but de générer des revenus, ce qui est compréhensible parce que les gens ont besoin de revenus et parce que les gouvernements ont l'impression qu'ils ne peuvent pas totalement soutenir le système — mais ça ne cadre certainement pas avec l'élément de la santé de la population.

L'autre anecdote que je vais vous relater illustre le fait que l'obligation de rendre compte peut être victime du monopole. Nous avons en Nouvelle-Écosse un système semblable à celui utilisé en Pennsylvanie. Nous l'utilisons comme référence. Chaque hôpital de Pennsylvanie a l'obligation de fournir des renseignements au sujet des résultats rajustés en fonction de la gravité des cas au site Web dont l'adresse est [www.phc4.org](http://www.phc4.org). Nous l'avons fait jusqu'en 1995, mais lorsque le Victoria General et le



The other issue is in terms of employees. I missed Ms Henderson's talk earlier, but it is not clear whether monopoly circumstance actually benefits employees or harms them. If there is not a competition for employees, sometimes working conditions deteriorate. I suspect that you probably heard that working conditions for many health professionals are ones that probably government, as a regulator, might not accept.

**Senator LeBreton:** With regard to the Workers' Compensation Boards, we have come to the conclusion that there are not two tiers: there is an upper tier. In the upper tier, it appears that hospital beds are reserved. That is something we should really look into.

I have a short anecdote related to food. The Ottawa Heart Institute has a little restaurant called "Tickers," where healthy food such as low-fat muffins, is served. Perhaps that should be used as an example.

Mr. Anderson, my first question follows along with the Chair started. How does the Insurance Bureau of Canada deal with the discrepancies from jurisdiction to jurisdiction? On this whole issue of accountability and access, how does an organization like yours, which represents all across the country, get around the various jurisdictional issues that you must face?

**Mr. Anderson:** If I may, Senator, go on the record as saying that we do not cover doughnuts in our insurance policy.

That is a good question and it goes to the heart of the problem. We have 13 solitudes in Canada when it comes to the various governmental jurisdictions and who wants what from automobile insurers. The federal governments, the provinces, the territories, all have different rules. Those rules are not harmonized. They all have more or less lack of concern about regulating or in any way bringing rehabilitation and injury prevention into the mainstream of government medicare services. It is one of our fundamental problems.

We have started, in a very business-like manner, to challenge the bills we are getting from these outfits, which we think are outrageous. It has become simply the catchall to fund hospital services in Canada. We see levies paid to the provinces increasing by 300 per cent over a short period of time; we know medical costs are not. We are beginning to ask for empirical evidence of what the costs are in the system. We are doing that right across the country and we are not getting very much by way of tangible results.

In Ontario, finally, a month ago we got the government to agree to a standard invoice system where people billing our companies

Halifax Infirmary ont été regroupés, les gens ont décidé de ne plus le faire.

L'autre question se formule en termes d'employés. J'ai raté l'exposé de Mme Henderson plus tôt, mais il n'est pas clair que la situation de monopole profite aux employés ou les désavantage. S'il n'y a pas de concurrence pour se procurer des employés, les conditions de travail se détériorent parfois. Je soupçonne que vous avez entendu dire que les conditions de travail de beaucoup de professionnels de la santé sont telles que le gouvernement, en qualité d'autorité réglementaire, ne les accepterait probablement pas.

**Le sénateur LeBreton:** En ce qui a trait aux indemnisés de la Commission des accidents de travail, nous en sommes venus à la conclusion qu'il n'y a pas deux vitesses: il y a une vitesse supérieure. Dans cette vitesse supérieure, il semble que des lits d'hôpital soient réservés. C'est quelque chose que nous devrions vraiment éclaircir.

J'ai une brève anecdote ayant trait à la nourriture. L'Institut de cardiologie d'Ottawa abrite un petit restaurant appelé Tickers où sont servis des aliments-santé comme des muffins à faible teneur en gras. Peut-être que cela pourrait servir d'exemple.

Monsieur Anderson, ma première question emboîte le pas à celle posée par le président. Comment le Bureau d'assurance du Canada réagit-il aux écarts entre les juridictions? Sur toute cette question de la responsabilisation et de l'accès, comment une organisation comme la vôtre, qui représente tout le monde à travers le pays, s'en tire-t-elle avec les diverses questions juridictionnelles auxquelles elle doit sûrement faire face?

**M. Anderson:** Si je peux me permettre, sénateur, je voudrais signaler pour la postérité que nos polices d'assurance ne couvrent pas les beignes.

C'est une bonne question et elle va au cœur du problème. Nous avons 13 solitudes au Canada lorsqu'il est question des diverses juridictions gouvernementales et de qui veut quoi des assureurs automobiles. Le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires ont tous des règles différentes. Ces règles ne sont pas harmonisées. Elles témoignent toutes plus ou moins d'un manque d'intérêt pour réglementer ou ramener la réadaptation et la prévention des blessures dans la mouvance des services de l'assurance-maladie gouvernementale. C'est l'un de nos problèmes fondamentaux.

Nous avons commencé, de façon très professionnelle, à contester les projets de loi qui nous touchent et que nous estimons scandaleux. C'est tout simplement devenu un truc passe-partout pour financer les services hospitaliers au Canada. Nous assistons dans un laps de temps très court à une augmentation de 300 p. 100 des droits versés aux provinces; nous savons que les frais médicaux n'ont pas augmenté d'autant. Nous commençons à demander des preuves empiriques du niveau des coûts au sein du régime. Nous le faisons à travers tout le pays et jusqu'à maintenant nous n'obtenons pas grand-chose en termes de résultats tangibles.

En Ontario, finalement, nous avons obtenu du gouvernement voilà un mois un accord sur un système de facturation standard

have to fill out standard claims so we know where the costs are; we know what the treatment issues are.

But this has only just begun. For years in this country, nobody collected these statistics and if they were there, nobody used them. CIHI, to which David Zitner has referred, for example, collects no statistics on automobile accident victims whatsoever. I do not know how strong its rehabilitation database is outside that.

There is fragmentation in Canada — a kind of “This is our territory: mind your own business” attitude that is one of the fundamental problems in this system. I know it is very difficult these days, but the federal government has to begin to show some leadership in these areas. I think every health provider across the country has been asking for this. We do not have the data to make the decisions we need to make, either in the private sector or, as Dr. Zitner said, in the public sector.

**Senator LeBreton:** Do the costs that are submitted to you vary greatly across the country? Is there any uniformity at all or is it equally the problem?

**Mr. Anderson:** In a word, no.

**Senator LeBreton:** Did you have a comment on that, Dr. Zitner?

**Dr. Zitner:** The incremental costs of collecting some of this would be very low, given that somebody already goes through every single page of every chart. The people who do this, by the way, are bright and talented people, and I do not know how they can spend all day trying to read some of our writing.

However, you would think that a person who goes through every page of every chart would bother to say, “Did this person get better? How long did they wait?” The additional cost is really quite marginal. People say it is difficult to do, but patients know if they can do more and if they feel better. There are systems, such as the one we had in operation at the infirmary, which give some estimate of whether you are likely to live longer.

Another issue that might interest you is population health. Addiction is one of the abnormal codes, so that includes nicotine substance addiction. In Nova Scotia people have stopped collecting that as a piece when they go through each page of each chart. So we cannot tell today how many people who are in the hospital were smokers and were not — despite the fact that smoking would have an impact on the length of a hospital stay.

**Senator LeBreton:** That is right.

**Dr. Zitner:** I confirmed with CIHI yesterday that hospitals have a choice as to what they collect and what they do not. This means that with each organization deciding on their own what elements they will collect and what they will not, they cannot claim to have a comparative database. This becomes a serious problem, especially when people try to use the data.

qui demande aux gens nous facturant de remplir des demandes d'indemnité standardisées, ce qui nous permet de savoir où vont les dépenses et quelles sont les traitements.

Mais cela commence à peine. Pendant des années, personne au pays n'a recueilli ces statistiques et, s'il en existait, personne ne les utilisait. L'ICIS, dont David Zitner a parlé, ne recueille aucune statistique sur les victimes d'accidents d'automobile. En dehors de ça, je ne sais pas à quel point sa base de données sur la réadaptation est solide.

Il existe une fragmentation au Canada — une sorte d'attitude «c'est notre territoire, occupez-vous de vos affaires» qui est l'un des problèmes fondamentaux de ce régime. Je sais que c'est très difficile par les temps qui courent, mais le gouvernement fédéral doit commencer à montrer un certain leadership dans ces domaines. Nous n'avons pas les données pour prendre les décisions que nous devons prendre, qu'il s'agisse du secteur privé ou, comme l'a signalé le Dr Zitner, du secteur public.

**Le sénateur LeBreton:** Les coûts qui vous sont transmis varient-ils beaucoup à travers le pays? Existe-t-il une uniformité quelconque ou est-ce également une partie du problème?

**M. Anderson:** En un mot, non.

**Le sénateur LeBreton:** Avez-vous un commentaire à faire là-dessus, docteur Zitner?

**Le Dr Zitner:** Les coûts marginaux de la cueillette de certaines de ces informations seraient très bas, étant donné que quelqu'un examine déjà chaque page des dossiers médicaux. Les gens qui font cela, au fait, sont des personnes brillantes et talentueuses et je ne sais pas comment elles peuvent passer leurs journées à essayer de déchiffrer certains de nos gribouillages.

On penserait cependant que quelqu'un qui examine chaque page de chaque dossier médical se donnerait la peine de demander: «L'état de cette personne s'est-il amélioré? Combien de temps a-t-il attendu?». Le coût supplémentaire serait vraiment assez marginal. Les gens disent que c'est difficile à déterminer, mais les patients savent ce qu'ils peuvent faire et s'ils se sentent mieux. Il existe des systèmes, comme celui que nous utilisons à l'Infirmary, qui permettent une certaine évaluation de la prolongation de votre espérance de vie.

Un autre sujet pouvant vous intéresser est la santé de la population. La toxicomanie est l'un des codes anormaux, ce qui incluse l'assuétude à une substance comme la nicotine. Les gens en Nouvelle-Écosse ont arrêté de recueillir cette donnée lorsqu'ils examinent chaque page de chaque dossier. Par conséquent, nous ne pouvons pas dire aujourd'hui combien des personnes qui sont à l'hôpital étaient des fumeurs et combien ne l'étaient pas — en dépit du fait que l'habitude de fumer peut avoir un impact sur la durée d'un séjour à l'hôpital.

**Le sénateur LeBreton:** C'est vrai.

**Le Dr Zitner:** J'ai vérifié auprès de l'ICIS hier que les hôpitaux ont le choix des données qu'ils récoltent ou non. Chaque organisation décidant pour soi quels éléments elle recueillera ou non, cela signifie qu'ils ne peuvent prétendre avoir une base de données comparative. Cela devient un grave problème, particulièrement lorsque des gens tentent de se servir des données.



One hospital in Ontario reported that they received another \$8 million because they went from retrospective coding, to concurrent coding. They had a coder on the floor. So without any changes in administrative or clinical performance or case mix, their resource intensity went from 2.5 per cent to 4 per cent. I think the people did not think they were being cynical. They did it because they thought it was a better way to code. I believe that indeed, it is a better way to code. However, if people are coding differently you cannot compare one system with another.

**Senator LeBreton:** I was reading a statistic the other day about the impact of smoking on heart disease and lung cancer. According to what you say you cannot even rely on that data.

**Dr. Zitner:** There is a set of Statistics Canada data population surveys that is quite reliable. With regard to the hospitals taking opportunity to code, whether it is a person who is in for pneumonia or congestive heart failure or heart disease, people have said: "We are not going to capture that."

**Senator LeBreton:** Dr. Zitner, you talked about the clear conflict of interest, and, of course, this has surfaced a lot across the country. You remarked that something has to be done to break this up. In a perfect world what is that "something"?

**Dr. Zitner:** Well, I think there are several ways to do it. It is clear that the group delivering care should not be the same group evaluating the performance. That is not a common case in any other industry. If government decides they want to administer government care then they have to get an independent body such as the Auditor General that has clear funding and is not dependent on what they report.

Our government seems to function very well as a regulator. Our highway system seems to work better than our health care system because we can go from place to place and the highways are repaired. However, governments have not developed organizations to actually build the highways; they put out requests for proposals. The government could be a standard-setting group and ask people to compete for the opportunity to provide health service. I think there are several ways to do that. Before anything can be done, people must agree with the principle that these functions must be separated.

**Senator LeBreton:** What is the ballpark figure on how much it costs Canadians in insurance fraud?

**Ms O'Reilly:** For all kinds of insurance fraud, our studies indicate the number hovers around \$1.3 billion annually. You can add to that another \$1 billion in societal costs — everything from crowded courtrooms to medical treatments that are unnecessary and fire fighters who lose their lives travelling to a fire or putting out a fire that was set by arson. It is a cost that touches almost every element of society and tallies over \$2 billion.

Un hôpital de l'Ontario a signalé avoir reçu 8 millions de en supplément parce qu'il est passé du codage rétrospectif au codage concurrent. Ils avaient un codificateur sur place. Sans changement quelconque dans le rendement administratif ou clinique ou encore dans le type de cas, leur intensité de ressources est donc passée de 2,5 à 4 p. 100. Je ne crois pas que ces gens pensaient être cyniques. Ils ont fait cela parce qu'ils pensaient que c'était une meilleure façon de coder. Toutefois, si les gens utilisent des codes différents, vous ne pouvez pas comparer les systèmes entre eux.

**Le sénateur LeBreton:** Je lisais l'autre jour une statistique à propos de l'impact du tabagisme sur les maladies du cœur et le cancer du poumon. Selon ce que vous dites, on ne peut même pas se fier à ces données.

**Le Dr Zitner:** Il existe un ensemble d'enquêtes de Statistique Canada qui produit des données assez fiables sur la population. En ce qui a trait aux hôpitaux choisissant de coder si une personne est là en raison d'une pneumonie ou d'une insuffisance cardiaque congestive ou d'une maladie du cœur, les gens ont dit: «Nous n'enregistrerons pas cela.»

**Le sénateur LeBreton:** Docteur Zitner, vous avez parlé d'un conflit d'intérêts patent et, bien sûr, cela a été signalé abondamment dans tout le pays. Vous avez mentionné que quelque chose devrait être fait pour éliminer cela. Dans un monde parfait, quel serait ce «quelque chose»?

**Le Dr Zitner:** Eh bien, je crois qu'il existe plusieurs façons d'y arriver. Il est évident que le groupe qui administre les soins ne peut être le même que celui qui évalue le rendement. Ce n'est pas quelque chose de courant dans tout autre secteur. Si le gouvernement décide qu'il veut administrer les soins gouvernementaux, alors ils doivent avoir un organisme indépendant, comme le vérificateur général, muni d'un financement autonome et qui ne dépend pas de l'organisme sur lequel il fait rapport.

Notre gouvernement semble fonctionner très bien en tant qu'organisme de réglementation. Notre réseau routier semble mieux fonctionner que notre régime de soins de santé parce que nous pouvons nous déplacer d'un endroit à l'autre et que les routes sont réparées. Toutefois, les gouvernements n'ont pas mis sur pied d'organisations pour construire eux-mêmes les routes; ils procèdent par appels d'offres. Le gouvernement pourrait agir en qualité de groupe établissant les normes et demander aux gens de se faire concurrence pour avoir l'opportunité de fournir les services de santé. Je pense qu'il existe plusieurs moyens de faire cela. Avant que quoi que ce soit puisse se faire, les gens doivent accepter le principe que ces fonctions doivent être séparées.

**Le sénateur LeBreton:** Quel est le coût approximatif pour les Canadiens de la fraude à l'assurance?

**Mme O'Reilly:** Pour l'ensemble des types de fraude, nos études indiquent que le chiffre oscille autour de 1,3 milliard de dollars annuellement. Vous pouvez y ajouter 1 milliard de dollars en coûts pour la société — ce qui comprend tout, des tribunaux encombrés aux traitements médicaux inutiles et aux pompiers perdant la vie en se déplaçant vers le lieu d'un incendie criminel ou en combattant un incendie criminel. C'est un coût qui touche

**Senator LeBreton:** There is an urgent need for political commitment to move from discussion to action. I think that is what we are all about here.

**Senator Robertson:** Some days are more discouraging than others, and I think the testimony this morning reinforces despair. However, there is a better day ahead. I am sure.

Why is there such a lack of accountability in our health institutions, hospitals, et cetera? Administrators who are university-trained manage these institutions. Is it the type of training they get, the boards that they have to work under, or the fixed opinions of certain staff members like physicians that cause the systems to fall apart?

**Dr. Zitner:** As a physician I might say it is the fixed opinion of administrators, but that is another story. The answer to that question is very complex. People talk about participation, about groups getting together. To measure and monitor health system performance, you have to bring people together and have a dialogue. We have a system where the administrators are very busy micromanaging and dealing with problems as they arise. There are also clinicians who do not have a lot of discretionary time so collaboration seems to fall by the wayside.

Part of the problem lies with government structures because they have not asked the right questions. They have not asked the people who are administering the organizations how many people are waiting and for how long.

Cardiology has done an exemplary job. They stratify people by risk. They have systems that measure and monitor the outcomes of people who are on the waiting list, so you know which waiting times are appropriate and which are not.

It is a governance issue. The governing boards should be in contact with the CEO and through him should know who is waiting, how long they have been waiting, and how many people got better. At QE II we spend \$350 million and I believe it is reasonable for these questions to be asked and answered. We need to know how many people have gotten better. We expect some patients will get worse, but the good news is that most people do benefit from the service that we provide.

If we try to improve the care in the country and once we collect the results, I think we will have a lot of reason to celebrate. We will also be able to improve any of the inadequacies in the system.

**Mr. Paul Kovacs, Senior Vice-President Policy and Chief Economist, Insurance Bureau of Canada:** We are frustrated with the current approach where hospitals and the role of physicians are seen as quite independent than a broader view of the health care system. Doctors and hospitals play a role in rehabilitation, but a great deal does not happen in a doctor's office

presque tous les éléments de la société et qui se chiffre à plus de 2 milliards de dollars.

**Le sénateur LeBreton:** Il existe un besoin pressant que l'engagement politique passe des discussions à l'action. Je crois que c'est la raison pour laquelle nous sommes ici.

**Le sénateur Robertson:** Certains jours sont plus décourageants que d'autres et je pense que les témoignages de ce matin nous font pencher vers le désespoir. Il y aura cependant des jours meilleurs, j'en suis sûr.

Pourquoi existe-t-il une telle carence de responsabilisation de nos établissements de santé, hôpitaux, et cetera? Ce sont des administrateurs formés à l'Université qui gèrent ces institutions. Est-ce la formation qu'ils reçoivent, les conseils d'administration avec lesquels ils doivent composer où les idées fixes de certains membres du personnel comme les médecins qui font tomber le système en morceaux?

**Le Dr Zitner:** En qualité de médecin, je dirais que ce sont les idées fixes des administrateurs, mais cela est une autre histoire. La réponse à cette question est très complexe. Les gens parlent de participation, de groupes qui ont une cohésion. Pour mesurer et surveiller le rendement du régime de santé, vous devez rassembler les gens et ouvrir un dialogue. Nous avons un système où les administrateurs sont très occupés à faire de la microgestion et à régler les problèmes au fur et à mesure qu'ils se présentent. Il y a aussi des cliniciens qui n'ont pas beaucoup de temps libre, alors la collaboration semble laissée de côté.

Une partie du problème tient aux structures gouvernementales parce qu'elles n'ont pas posé les bonnes questions. Elles n'ont pas demandé aux gens qui administraient les organisations combien de gens attendaient et combien de temps.

La cardiologie a effectué un travail exemplaire. Ils stratifient les gens selon le risque. Ils ont des systèmes qui mesurent et surveillent les résultats des gens qui sont en liste d'attente pour connaître quels délais sont appropriés et quels délais ne le sont pas.

C'est une question de gouvernance. Les conseils des gouverneurs doivent garder le contact avec le directeur général et savoir par son entremise qui attend et depuis combien de temps et combien de gens vont mieux. Au QE II, nous dépensons 350 millions de dollars pour poser ces questions et y répondre et je pense que c'est raisonnable. Nous devons savoir combien de gens vont mieux. Nous nous attendons à ce que l'état de certains patients empire, mais la bonne nouvelle est que la plupart des gens tirent profit du service que nous offrons.

Si nous essayons d'améliorer les soins au pays et une fois que nous aurons recueilli les résultats, je pense que nous aurons beaucoup de raisons de célébrer. Nous serons aussi capables de remédier aux insuffisances du régime.

**M. Paul Kovacs, premier vice-président des politiques et économiste en chef, Bureau d'assurance du Canada:** Nous sommes frustrés par l'approche actuelle dans laquelle les hôpitaux et le rôle des médecins sont perçus comme étant indépendants d'une vision plus large du régime de soins de santé. Les médecins et les hôpitaux jouent un rôle dans la réadaptation, mais beaucoup



or in a hospital: there is another entire sector of people working on rehabilitation.

We have set up a system in each province where the Workers' Compensation Boards access the rehabilitation system independently from the way the auto insurers and public administrative system accesses that system.

When we are looking for accountability, let us take these three silos, have us work together, and have us define a single system. Let us do these things even if the payment might come in three different streams: through Worker's Compensation, through auto insurance, or through the public system.

The function being purchased — which is the rehabilitation — is singular. If you are hurt, it does not really matter whether the injury happened at work or in a car or in some other way. You need help, and there are professionals who want to provide that help.

We think the right resolution to the accountability starts by saying that we have one health care system. If we can start with that mindset where there is one system and it happens to include rehabilitation for a part of what we are talking about today, then it does not actually matter where the funding comes from. We have a patient in need of care. Let us have one system on accountability that holds it all together. That is where our optimism comes. We can have a system that uses existing resources much better to truly serve the needs of the injured public.

**Senator Robertson:** My last question is not specific to your presentations. We have heard a lot about the lack of finances from all segments of the health care system — the tightening of the belts, the long waiting lists, and so forth. Do you have any words of wisdom for us? For instance, how could the health care system that we have now contain financial incentives designed to encourage cost effectiveness both by the service providers and the consumers as well?

**Dr. Zitner:** We have been working closely with the computer science department at Dalhousie and we are developing a graduate program in health informatics that collaborates between medicine and computer science.

One of the papers that we wrote recently was entitled "Methods to Identify Pertinent and Superfluous Activity." There are ways to see which things contribute to a result and which do not. In the first instance, you have to measure a result. As long as we pay people for activities and not outcomes we will be in difficulty.

As an infrastructure piece, it will always be tempting to try to modify the way we deliver care to deal with the problems. Unless we deal with this information infrastructure problem first, we are going to be left in a circumstance where people have opinions, and if they are powerful speakers, they will be able to impose their view. But we will not know what works and what does not.

de choses se passent ailleurs que dans les cabinets des médecins et les hôpitaux; il existe un autre secteur tout entier de gens travaillant à la réadaptation.

Nous avons établi dans chaque province un régime où les indemnisés de la Commission des accidents de travail ont accès au système de réadaptation par une voie autonome de celle dont les assureurs automobiles et le régime d'administration publique à ce système.

Si on recherche la responsabilisation, réunissons ces trois pôles, collaborons ensemble et définissons un système unique. Faisons cela même si les paiements viendront de trois sources différentes: de la Commission des accidents de travail, des assureurs automobile et du régime public.

La fonction achetée — qui est la réadaptation — est la même. Si vous êtes blessé, cela ne compte pas réellement pour vous que ce soit arrivé au travail ou dans une automobile ou de quelque autre façon. Vous avez besoin d'aide et il existe des professionnels qui sont disposés à vous fournir cette aide.

Nous pensons que la bonne solution pour la responsabilisation commence par affirmer que nous avons un seul régime de soins de santé. Si nous pouvons commencer avec cet état d'esprit qu'il existe un système et qu'il englobe la réadaptation pour une partie de ce dont nous avons parlé aujourd'hui, la provenance du financement n'importe plus vraiment. Nous avons un patient ayant besoin de soins. Ayons un seul système et une responsabilisation qui tient tout en place. C'est de là que provient notre optimisme. Nous pouvons avoir un système utilisant beaucoup mieux les ressources existantes pour réellement servir les besoins du public blessé.

**Le sénateur Robertson:** Ma dernière question ne se rapporte pas particulièrement à vos exposés. Nous avons entendu de nombreux commentaires à propos du manque de fonds dans tous les segments du régime de soins de santé — se serrer la ceinture, les longues listes d'attente, et cetera. Avez-vous un peu de sagesse à nous communiquer? Par exemple, comment le régime de soins de santé que nous possédons présentement pourrait-il offrir des incitatifs monétaires pour encourager l'efficacité des dépenses à la fois pour les fournisseurs de services et les consommateurs?

**Le Dr Zitner:** Nous avons travaillé en étroite collaboration avec le département des sciences de l'information de Dalhousie et nous sommes à élaborer un programme de deuxième cycle en informatique de la santé qui est une collaboration entre la médecine et les sciences de l'information.

L'un des articles que nous avons écrits récemment s'intitulait: «Methods to Identify Pertinent and Superfluous Activity». Il existe des façons de distinguer quels facteurs contribuent à un résultat et quels ne le font pas. En premier lieu, vous devez mesurer un résultat. Tant que nous paierons les gens pour des activités et non des résultats, nous serons en difficulté.

En tant qu'élément de l'infrastructure, il sera toujours tentant d'essayer de modifier la façon dont nous administrons les soins pour régler les problèmes. À moins que nous ne réglions d'abord le problème de l'infrastructure des renseignements, nous serons placés dans la situation où les gens auront des idées et qu'ils seront capables d'imposer leurs vues s'ils sont des orateurs

**Mr. Anderson:** We have essentially the same answer. It deals with focussing on outcomes rather than on processes, particularly on looking at more deliberately defined treatment protocols for the range of injuries that most commonly occur. When you look at the data, you have to ask why two people in roughly similar circumstances often get completely different levels of intensive treatment. There is no indication, at the end of the process, that the person that got the most attention had the better outcome.

The first part of the answer to this is a focus on outcomes. You begin to differentially reward successful outcomes.

**Senator Callbeck:** Mr. Anderson, you talked about the dollars that your industry contributes to health care and I believe you said it is now \$2.5 billion. Then you mentioned that one of the reasons was government downloading. Would you explain that, please?

**Mr. Anderson:** Yes. Under provincial automobile legislation across the country, the governments in the last few years have off-loaded more and more of the rehabilitation expenses onto the automobile insurance policy. Today, if you are an injured accident victim, you are treated within the system, but many of your expenses are picked up by the private sector, whereas years ago they were picked up in the public system.

**Senator Callbeck:** You talked about the weaknesses in the system and pointed out that we have to pay more attention to prevention, population, health reform, primary care, and a health information system. All of these things, of course, take dollars.

**Mr. Anderson:** Yes.

**Senator Callbeck:** In your opinion, where should the finances come from?

**Mr. Anderson:** I am going to a little bold here, but I believe there is enough money in the system now to make these investments. They are not large investment. The payoff is to have better information to use on the delivery of health care is huge.

I am not convinced that the kind of explosion in health care financing we have seen in the country is a straight-line equation that has to continue to go that way. If we look at what we are doing within the system now, are we really convinced that we have the most efficient, effective, and accountable delivery of services? I think many of your witnesses would say that we are not. We have a good system, but it costs us a lot of money. Too often, the solution to our medical problems is for governments to make big dollar announcements, to say that they have put more money in the system. However, I have rarely heard a government describe what changes it expects to see in the system.

convaincants. Mais nous ne saurons pas ce qui fonctionne et ce qui ne fonctionne pas.

**M. Anderson:** Nous avons essentiellement la même réponse. Elle met en jeu un accent sur les résultats plutôt que sur les procédures, particulièrement en recherchant des protocoles de traitement consciemment mieux définis pour les types de blessures se produisant le plus souvent. Lorsque vous examinez les données, vous devez demander pourquoi deux personnes se trouvant dans une situation presque identique se verront souvent prescrire des niveaux complètement différents de traitement intensif. Il n'existe aucune indication, au terme de la procédure, que la personne ayant reçu le plus d'attention a obtenu des meilleurs résultats.

La première partie de la réponse à ceci est de se concentrer sur les résultats. Vous commencez par récompenser de manière différente le succès des résultats.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Anderson, vous avez parlé des montants que votre industrie contribuait aux soins de santé et je crois que vous avez mentionné qu'il s'agissait maintenant de 2,5 milliards de dollars. Vous avez mentionné par la suite que l'une des raisons était le délestage effectué par le gouvernement. Pourriez-vous élaborer s'il vous plaît?

**M. Anderson:** Oui. En vertu des lois provinciales sur l'automobile au pays, les gouvernements ont au cours des dernières années délesté de plus en plus de dépenses vers les polices d'assurance automobile. Aujourd'hui, si vous êtes une victime d'accident blessée, vous recevez des traitements dans le cadre du régime mais beaucoup de vos dépenses sont défrayées par le secteur privé, alors que voilà quelques années elles étaient assumées par le régime public.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez parlé des faiblesses du régime et souligné que nous devons accorder plus d'attention à la prévention, à la population, à la réforme de la santé, aux soins primaires et à un système d'information sur la santé. Toutes ces choses, bien sûr, coûtent de l'argent.

**M. Anderson:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** À votre avis, d'où devraient provenir les fonds?

**M. Anderson:** Je vais paraître un peu audacieux ici, mais je pense qu'il y a suffisamment d'argent dans le régime aujourd'hui pour faire ces investissements. Ce ne sont pas de gros investissements. Les gains à réaliser grâce à une meilleure information sur la prestation des soins de santé sont énormes.

Je ne suis pas convaincu que le type d'explosion du financement des soins de santé que nous avons connu au pays est une équation en ligne droite qui doit se poursuivre dans la même voie. Si nous regardons ce que nous réalisons dans le cadre du régime maintenant, sommes-nous réellement convaincus que nous possédons la prestation de services la plus efficace et la plus responsable? Je pense que beaucoup de nos témoins répondraient non. Nous avons un bon régime, mais il nous coûte beaucoup d'argent. Trop souvent, la solution trouvée par les gouvernements aux problèmes médicaux est d'annoncer des gros investissements, pour dire qu'ils ont mis plus d'argent dans le régime. J'ai



**Senator Callbeck:** So let us assume that we have not got enough money in the system, where would we get the extra dollars or where should we look?

**Mr. Anderson:** I do not know that I have a good answer to that, Senator. It is not something that we have thought about. Our proposition is we do have enough money in the system.

**Dr. Zitner:** We spend a lot of money on information systems. We spend \$1.5 million doing manual coding. One of our graduate students is doing a project looking at machine coding of the charts. They may not be more accurate at the beginning, but at least they would be reliable and errors that occur can be corrected. We spend a lot of money on information right now; we just do not get the information we need.

We know that there are activities in health care that are superfluous; that do not lead to good results. If we reward activities that are valuable, and refuse to support activities that do not provide valuable in terms of improved health, we probably could look after the community with the dollars that we are spending.

**Mr. Kovacs:** The particular proposals that we are talking about: better information, investing, and prevention are not costly, and the outcomes are huge.

In the auto insurance industry, for example, there are twice as many people driving now as compared with 25 years ago. However, the number of fatalities in auto accidents was four times higher 25 years ago than it is today. We have invested money in reducing alcohol while driving; seatbelt use is much higher than it was 25 years ago. Today, young people have to earn the right to drive. We have huge increases with one-quarter of the people per driver dying compared with 25 years ago from fairly modest investment. We did not spend a lot of money to get people to think differently about how they drive.

If you take that concept and put it on the prevention side, the savings are huge with a relatively small amount of money. We are talking millions in a system that has many tens of billions of dollars in it.

**Senator Callbeck:** Initially it takes some extra dollars to put into the system. Dr. Zitner, you mentioned that hospitals can collect whatever information they want. We heard a witness the other day who said that if the public is going to have confidence in the system, they need more information. In Ontario they have put out a report card on all the hospitals. They compare one with the other, and I understood that they were getting the same information at each hospital.

**Dr. Zitner:** I have seen the report card and we have had some discussion with the people who prepared it. There are issues around the reliability of the data. It is not quite a free-for-all where each hospital can collect whatever they want. They collect information about diagnostic codes. They do not all collect

cependant rarement entendu un gouvernement préciser quels changements il prévoit constater dans le régime.

**Le sénateur Callbeck:** Présumons que nous n'avons pas suffisamment d'argent dans le système: où trouverions-nous l'argent supplémentaire ou bien où devrions-nous chercher?

**M. Anderson:** Je ne sais pas si j'ai une bonne réponse à cela, sénateur. Ce n'est pas un sujet auquel nous avons réfléchi. Notre présomption est qu'il y a assez d'argent dans le système.

**Le Dr Zitner:** Nous dépensons beaucoup d'argent en systèmes de renseignement. Nous dépensons 1,5 million de dollars en codage manuel. L'un de nos étudiants diplômés mène un projet visant à coder les dossiers à la machine. Ils ne seront pas plus précis au début, mais ils seraient au moins fiables et les erreurs se produisant pourraient être corrigées. Nous dépensons beaucoup d'argent sur l'information à l'heure actuelle: c'est simplement que nous n'obtenons pas les renseignements dont nous avons besoin.

Nous savons qu'il existe en soins de santé des activités qui sont superflues; elles ne donnent pas de bons résultats. Si nous récompensons les activités qui sont plus valables et refusons notre appui aux activités qui ne produisent pas de valeur en termes d'amélioration de la santé, nous pourrions probablement prendre soin de la collectivité avec les dollars que nous dépensons maintenant.

**M. Kovacs:** Les propositions particulières dont nous parlons: une meilleure information, investir dans la prévention, ne sont pas onéreuses et les résultats pourraient être énormes.

Dans l'industrie de l'assurance auto, par exemple, il y a deux fois plus de conducteurs que voilà 25 ans. Le nombre de décès dans des accidents d'automobile était cependant quatre fois plus élevé il y a 25 ans qu'aujourd'hui. Nous avons investi des sommes pour diminuer l'alcool au volant; le taux d'utilisation de la ceinture de sécurité est beaucoup plus élevé qu'il y a 25 ans. Aujourd'hui, les jeunes gens doivent mériter le droit de conduire. Nous avons obtenu un excellent retour, le quart du taux de mortalité d'il y a 25 ans, avec un investissement assez modeste. Nous n'avons pas dépensé beaucoup d'argent pour amener les gens à penser différemment leur conduite automobile.

Si vous prenez cette notion et que vous l'appliquez à l'aspect de la prévention, les économies sont énormes à l'aide d'un montant d'argent relativement faible. Nous parlons de millions dans un régime où plusieurs dizaines de milliards sont investis.

**Le sénateur Callbeck:** Cela prend au départ un surplus d'argent à injecter dans le régime. Docteur Zitner, vous avez mentionné que les hôpitaux pouvaient recueillir tous les renseignements qu'ils désiraient. Nous avons entendu l'autre jour un témoin dire que pour avoir confiance dans le régime, le public avait besoin d'information. On a imposé en Ontario une fiche de rapport à tous les hôpitaux et, à ce que j'ai compris, les mêmes renseignements de tous les hôpitaux.

**Le Dr Zitner:** J'ai vu cette fiche de rapport et j'en ai discuté avec les gens qui l'ont préparée. Des questions se posent sur la fiabilité des données. Ce n'est pas tout à fait l'anarchie, avec chaque hôpital recueillant les renseignements qu'il désire. Ils récoltent des renseignements sur les codes de diagnostic. Ces

information in the same way, so you get what appears to be comparable information but is not.

The last report that I saw from CIHI was that the agreement between coders for most responsible diagnoses for medicine patients is 80 per cent. When you include more than one diagnosis, there is only 40 per cent agreement. I am not sure what their most recent studies have shown.

They do not ask whether people got better or not. The concept of comparing hospitals and developing a report card looking at pneumonia by length of stay does not make sense. The recent report card suggested that for women who are having babies, that vaginal birth after a Caesarean section was a preferred alternative. In the *New England Journal of Medicine* recently there was an article that said that attempted vaginal births after a Caesarean sections were associated with increased mortality. In the absence of information about the outcomes of the various manoeuvres, it is hard to know whether higher rates are better or worse.

The Ontario report card looks at resource allocation. It does not report how many people got better. It simply states the length of the hospital stays. There is no adjustment for the case mix.

**Senator Cordy:** My question is for Ms O'Reilly. I was struck by the fact that 25 per cent of claims have some element of fraud in them. That seems extremely high. I am wondering why this is so. Do people feel they can get away with it? How can we change this situation to reduce that percentage?

**Ms O'Reilly:** There are two different types of fraudsters. There are premeditated acts of fraud committed by sophisticated criminals who establish fraud rings that engage not only claimants, but health care professionals and legal professionals as well. They weave a sinister web designed to extract money from the system that obviously is not theirs. Those rings have sometimes cost us millions of dollars in losses.

The other type of fraud is committed by opportunistic individuals who are otherwise honest Canadians. They would never think of stealing from anyone. Those individuals have a legitimate accident or occurrence and they determine that this is an opportunity to extract funds to which they do not have a legal right. This occurs when these people make claims for income replacement dollars or auto accident benefit as a result of their legitimate accident. Essentially, they inflate their claim.

When these people are discovered and the remainder of the claim is denied it is usually after a good deal of health care has already been provided. They have already been to the chiropractor and the massage therapist and the physiotherapist. Canadians most frequently visit their general practitioner after an accident.

renseignements ne sont pas toujours recueillis de la même façon, alors vous obtenez ce qui semble être des renseignements comparables mais ce n'est pas le cas.

Le dernier rapport de l'ICIS que j'ai examiné faisait état d'une entente de 80 p. 100 entre les codificateurs en ce qui a trait au diagnostic principal des patients. Si on inclut plus d'un diagnostic, l'entente chutait à 40 p. 100. Je ne suis pas certain de ce que leurs plus récentes études indiquaient.

Ils ne demandent pas si l'état des gens s'est amélioré ou non. L'idée de comparer les hôpitaux et de mettre au point une fiche de rapport interprétant les pneumonies par la durée du séjour est une absurdité. La dernière fiche de rapport suggérait que, pour les femmes donnant naissance à des bébés, l'accouchement vaginal après césarienne était l'option privilégiée. Un article du *New England Journal of Medicine* signalait récemment que les essais d'accouchement vaginal après césarienne étaient associés à une mortalité accrue. En l'absence d'information sur les résultats, il est difficile de savoir si des taux plus élevés sont préférables ou non.

La fiche de rapport de l'Ontario porte sur l'allocation des ressources. Elle ne fait pas de rapport sur le nombre de gens dont l'état s'est amélioré. Elle indique simplement la durée des séjours à l'hôpital. Il n'y a aucun rajustement pour la composition de la clientèle.

**Le sénateur Cordy:** Ma question s'adresse à Mme O'Reilly. J'ai été frappée par le fait que 25 p. 100 des demandes d'indemnité comportent un élément de fraude. Ça me semble extrêmement élevé. Je me demande pourquoi cela se produit. Les gens ont-ils l'impression de pouvoir s'en tirer? Comment pourrions-nous modifier la situation afin de diminuer ce pourcentage?

**Mme O'Reilly:** Il existe deux catégories différentes de fraudeurs. Il y a les actes de fraude prémédités commis par des criminels sophistiqués qui mettent sur pied des réseaux de fraude qui impliquent non seulement les demandeurs d'indemnités mais des professionnels de la santé ainsi que des avocats. Ils tissent une toile occulte conçue pour extraire du système de l'argent auquel ils n'ont à l'évidence pas droit. Ces réseaux nous ont parfois coûté des millions de dollars en pertes.

L'autre catégorie de fraude est commise par des individus opportunistes qui sont à d'autres égards d'honnêtes Canadiens. Il ne leur viendrait pas à l'idée de voler qui que ce soit. Ces individus ont un accident ou sont dans une situation légitime et décident qu'il s'agit d'une opportunité de se procurer des montants auxquels ils n'ont pas droit légalement. Cela se produit lorsque les gens font des demandes pour un remplacement de revenu ou une indemnité d'accident automobile à la suite de leur accident légitime. Essentiellement, ils gonflent leur demande d'indemnité.

Lorsque ces gens sont démasqués et que l'indemnité résiduelle est refusée, c'est généralement après que beaucoup de soins de santé ont déjà été prodigués. Ils ont déjà vu le chiropraticien, le massothérapeute et le physiothérapeute. C'est leur médecin généraliste que les Canadiens consultent le plus fréquemment après un accident.



**Mr. Anderson:** The statistics show that people commit crimes when they think they will get away with it. In that respect I think our industry has some work to do. We have to alert claims processors to the common red flags that indicate that a claim is potentially fraudulent. We are doing that work now.

**Senator Cordy:** So this would be one way of stopping it?

**Mr. Anderson:** Yes.

**Senator Cordy:** We can certainly lower the percentage by better training our front-line workers.

**Mr. Anderson:** Somebody who comes to you with more medical knowledge than Dr. Zitner and knows more about underwriting insurance than any of us, is someone who is pretty familiar with how the system works.

**Ms O'Reilly:** Our study has shown us what the fraud indicators are. So that is one of the beneficial by-products that we will be introducing in the system.

**Senator Cordy:** Mr. Anderson, you talked about resistance to change. I am assuming you meant both on the part of the public and people within the health care system.

**Mr. Anderson:** Yes.

**Senator Cordy:** You used the term log-jam to self-interest. I guess I often refer to it as the "Not-in-my-back-yard syndrome." People say there has to be change until it effects them. How do we overcome that in making changes to the health care delivery system in Canada?

**Mr. Anderson:** I hope that my answer will not sound too simple, but Canadians have to know more about how this system functions. I do not know if this survey has been done, but I would be surprised if Canadians knew that 30 per cent of the system is privately funded. We have spent a decade saying there will be no second-tier health care in Canada, running campaigns on it, winning elections on it.

There is a second-tier of health care in Canada. It is significant and it is growing. Canadians do not know that. They do not know that there are benefits associated with that, because we made it evil to have the private sector involved in health care. We are coming to the point, I hope, where there is political courage across the country to begin to inform Canadians about how these things actually work.

Canadians love to complain about the system and how it does not work. It seems today you cannot go to a hospital without somebody having a horror story about his or her visit. It is a right of entry to social activity, and yet we seem willing to just continue to pour more money into that system. I think a better understanding of how the system operates; a more honest presentation of what the issues are; and treating Canadians as if

**M. Anderson:** Les statistiques indiquent que les gens commettent des crimes lorsqu'ils pensent qu'ils pourront s'en tirer. Je pense à cet égard que notre industrie a un certain travail à effectuer. Nous devons alerter ceux qui traitent les plaintes des drapeaux rouges les plus fréquents indiquant qu'une demande d'indemnité est possiblement frauduleuse. Nous effectuons ce travail à l'heure actuelle.

**Le sénateur Cordy:** Alors ce serait une façon d'y mettre un terme?

**M. Anderson:** Oui.

**Le sénateur Cordy:** Nous pouvons certainement abaisser le pourcentage en formant mieux nos intervenants de première ligne.

**M. Anderson:** Quelqu'un qui vous arrive avec des connaissances médicales plus complètes que celles du Dr Zitner et en sait plus au sujet des assurances qu'aucun d'entre nous est quelqu'un de très familiarisé avec la façon dont le système fonctionne.

**Mme O'Reilly:** Notre étude nous a montré quels étaient les signes de fraude. C'est l'un des sous-produits utiles que nous allons intégrer au système.

**Le sénateur Cordy:** Monsieur Anderson, vous avez parlé de résistance au changement. Je présume que vous vouliez dire à la fois de la part du public et de la part des gens au sein du régime de soins de santé.

**M. Anderson:** Oui.

**Le sénateur Cordy:** Vous avez utilisé le terme d'embâcle d'intérêts personnels. Je pense que j'y réfère souvent comme étant le syndrome «Pas dans ma cour». Les gens soutiennent qu'il faut des changements jusqu'à ce que ceux-ci les touchent. Comment pouvons-nous surmonter cela en apportant des changements au régime de prestation des soins de santé au Canada?

**M. Anderson:** J'espère que ma réponse ne vous semblera pas simpliste, mais les Canadiens doivent en savoir davantage sur la façon dont le système fonctionne. Je ne sais si cette étude a été réalisée, mais je serais surpris si les Canadiens savaient que 30 p. 100 du régime est financé par le secteur privé. Nous avons passé une décennie à dire qu'il n'y aura pas de régime de santé de deuxième rang au Canada, à faire des campagnes électorales et à gagner des élections là-dessus.

Il y a un deuxième rang de soins de santé au Canada. Il est important et il est en croissance. Les Canadiens ne savent pas cela. Ils ne savent pas qu'il y a des avantages qui en découlent parce que nous avons fait présenté comme ignoble une participation du secteur privé aux soins de santé. Nous en venons au point, j'espère, où il y aura suffisamment de courage politique à travers le pays pour dire aux Canadiens comment ces choses fonctionnent réellement.

Les Canadiens adorent se plaindre du régime et de ses ratés. On dirait que vous ne pouvez pas vous rendre à l'hôpital de nos jours sans que quelqu'un ressorte une histoire d'horreur à propos de sa dernière visite. C'est un droit d'entrée pour les activités sociales et pourtant nous semblons disposés à injecter plus d'argent dans le régime. Je crois qu'une meilleure compréhension de la façon dont le régime fonctionne, une présentation plus honnête des enjeux et

they have the intelligence to cope with these issues and make the right choices, is a very good start.

**Senator Cordy:** Dr. Zitner, I know universities in the Atlantic region have difficulty when it comes to getting research dollars because it tends to be the 50/50 split. The universities in the Atlantic region do not have the funds that, for example, the University of Toronto would have. I wonder if hospitals in the Atlantic region are also at a disadvantage when it comes to receiving funding dollars?

**Dr. Zitner:** We are at a substantial disadvantage regarding health research and hospitals, because we depend on provincial coffers and this province is not wealthy.

We have been trying to develop collaborations between the academic sector and the health services administration provider communities to work together to make the best use of the dollars that we have. There is no doubt that people do feel constrained in their ability to make improvements in health care.

Nova Scotia is probably the ideal province in which to do health services research in because of our size. We are representative of the population. I think that the administrators, clinicians, medical societies, and academics all get along. It is a small enough community that we have the potential to do some things that are probably quite special.

**Senator Cordy:** I agree with you.

**Senator Cook:** You talk about accountability. How do you balance accountability against privacy, which seems to be a very big concern for Canadians today? Who should be responsible for gathering the evidence-based information in order to measure your income? What are the determinants by which you set your premiums?

**Mr. Kovacs:** These questions are at the core of our business. On the privacy side, we think that the insurance business in our part of the broader health care system is built on the important trust between customers and the industry. Customers have a lot of choices, and so a part of keeping a customer and dealing with that trust requires absolute privacy. We have a 200-year history of respecting that very well. We do not have any track record or problems and we have put a lot of processes in place in partnership with insurance regulators and others who are supervising us very closely. With the need for organization, there is a specific accountability — very well laid out — that if a customer has any questions or wants clarity about how these issues are dealt with, there are clear and crisp answers for all customers. We are quite proud of how we have taken privacy seriously and the systems are in place.

prêter aux Canadiens l'intelligence nécessaire à juger ces questions et à faire les bons choix seraient un bon début.

**Le sénateur Cordy:** Docteur Zitner, je sais que les universités de la région atlantique ont de la difficulté à obtenir des fonds de recherche parce qu'ils ont tendance à être scindés en deux. Les universités de la région atlantique ne disposent pas de fonds que, par exemple, l'Université de Toronto obtiendrait. Je me demande si les hôpitaux de la région Atlantique sont également désavantagés en termes de financement?

**Le Dr Zitner:** Le désavantage est important en ce qui a trait à la recherche en matière santé et aux hôpitaux parce que nous dépendons des coffres de la province et que cette province n'est pas riche.

Nous avons tenté de mettre sur pied des collaborations entre le secteur universitaire et l'administration des collectivités fournissant des services de santé afin de travailler ensemble à faire le meilleur usage des fonds dont nous disposons. Il n'y a aucun doute que les gens se sentent limités dans leur capacité à apporter des améliorations aux soins de santé.

La Nouvelle-Écosse est probablement la province idéale pour effectuer des recherches sur les soins de santé en raison de notre taille. Nous sommes représentatifs de la population. Je pense que les administrateurs, les cliniciens, les associations médicales et les universitaires s'entendent tous. C'est une collectivité suffisamment petite pour que nous ayons le potentiel de réaliser certaines choses probablement assez spéciales.

**Le sénateur Cordy:** Je suis d'accord avec vous.

**Le sénateur Cook:** Vous parlez de responsabilisation. Comment équilibrez-vous la responsabilisation et la protection des renseignements personnels, qui semble être un très grande préoccupation des Canadiens aujourd'hui? Qui devrait avoir la responsabilité de recueillir les renseignements fondés sur les faits afin de mesurer vos revenus? Quels sont les facteurs déterminant pour établir le montant des primes?

**M. Kovacs:** Ces questions touchent au cœur de notre industrie. En ce qui a trait à la protection des renseignements personnels, nous pensons que l'industrie de l'assurance dans notre secteur du régime plus large de soins de santé est bâtie sur l'important lien de confiance entre les clients et l'industrie. Les clients ont un large choix et donc, conserver notre clientèle et sa confiance exige un respect absolu des renseignements personnels. Nous sommes fiers d'une histoire de 200 ans au cours de laquelle cela a été très bien respecté. Nous n'avons pas d'antécédents de problèmes et nous avons mis en place beaucoup de procédures en collaboration avec les organismes de réglementation des assurances et d'autres intervenants qui nous supervisent de très près. Il existe en regard du besoin d'organisation une obligation particulière de rendre compte — très bien définie — exigeant qu'un client qui a des questions ou qui désire obtenir des éclaircissements sur la façon dont ces sujets sont traités reçoive des réponses claires et précises. Nous sommes fiers du sérieux avec lequel nous traitons la protection des renseignements personnels ainsi que des systèmes mis en place.



We have had an open public dialogue with appropriate officials about how to properly manage a system with respect for the privacy of customer information. We are working with the federal Privacy Commissioner and the new legislation put in place by the federal government and the equivalents in provinces to deal with issues such as fraud.

If you have a group of criminals who are deliberately trying to take funds out of the system that are leading to higher costs for everyone, the only way to find those criminals is to look across information for a variety of different insurance customers and get at that. So the proper controls of that system are in place because the public want it, but they are managed well so that no private information gets out for any reasons other than what is in the public interest.

This has been put to very close scrutiny with appropriate regulatory officials and others so that we can be more effective and put more resources into pulling out criminal type behaviour.

We think we have found the commitment to the public where we have been able to deal with each customer and keep information private, yet also have complementary tools so that we can get at fraudulent practices and get more of that out of the system going forward.

**Mr. Anderson:** We were the first sector, the financial services industry, to have a privacy code approved and adopted under the Canadian Standards Association's standards of privacy. To my knowledge, in the years we have operated under that there has not been a single privacy breach or complaint.

**Mr. Kovacs:** With regard to evidence-based research, if I caught the essence of your question correctly here, we are insurance professionals. We are not medical professionals. We have tried to dialogue with the provincial governments who give us some of the authorities we need to manage these costs as well as we can. We have pointed out that we have a public responsibility for managing one part of health care. Rehabilitation is the biggest part we have. We would like the tools to properly administer and manage what we have been empowered to look after.

We compare ourselves with organizations like the Workers' Compensation Boards and others where someone is injured in the workplace. They go into the system needing treatment, and what are the ways to properly make sure that system is done effectively? We have been trying to access the same management tools that are available to the public health system and the Workers' Compensation Boards. Currently, however, they are not fully available to auto insurance companies, for reasons that are not clear to us. Perhaps we just did not ask before.

Nous avons mené un dialogue public ouvert avec les représentants appropriés sur la manière de gérer adéquatement un système en tenant compte de la protection des renseignements personnels des clients. Nous collaborons avec le Commissaire à la protection de la vie privée du Canada et la nouvelle loi adoptée par le gouvernement fédéral ainsi que ses équivalents dans les provinces pour traiter des questions telles que la fraude.

Si un groupe de criminels tente délibérément de s'approprier des fonds du système et provoquant ainsi une hausse des coûts devant être assumée par tous, la seule façon de débusquer ces criminels est d'analyser l'information portant sur divers clients d'assurance. Les contrôles appropriés sont donc en place parce que le public le veut, mais ils sont si bien gérés qu'aucun renseignement personnel n'est divulgué pour une raison autre que l'intérêt public.

Cela a été scruté de très près par les représentants des organismes réglementaires appropriés et d'autres personnes pour que nous puissions être plus efficaces et allouer plus de ressources à faire ressortir les types de comportement criminels.

Nous pensons que nous avons trouvé un engagement envers le public qui nous permet de traiter avec chaque client et de protéger les renseignements personnels mais aussi de disposer des outils complémentaires pour identifier les pratiques frauduleuses et les éliminer du système afin de progresser.

**M. Anderson:** Nous avons été le premier secteur, dans l'industrie des services financiers, à faire approuver et adopter un code de protection de la vie privée en vertu des normes de protection des renseignements personnels de l'association canadienne de normalisation. À ma connaissance, dans toutes nos années de fonctionnement, il n'y a pas eu une seule violation de la vie privée ou une seule plainte.

**M. Kovacs:** En ce qui a trait à la recherche fondée sur les faits, si j'ai bien compris l'essentiel de votre question, nous sommes des professionnels de l'assurance. Nous ne sommes pas des professionnels des soins de santé. Nous avons tenté d'ouvrir le dialogue avec les gouvernements provinciaux qui nous prêtent certains des pouvoirs dont nous avons besoin pour gérer ces coûts aussi bien que possible. Nous avons souligné que nous avions la responsabilité publique de gérer une partie des soins de santé. La réadaptation est le plus gros dossier que nous avons. Nous aimerions obtenir des outils pour administrer et gérer adéquatement la partie qui a été confiée à nos soins.

Nous comparons notre rôle à celui d'organisations comme la Commission des accidents de travail et d'autres lorsque quelqu'un se blesse en milieu de travail. Il entre dans le système pour recevoir des soins et quelles sont les façons de s'assurer que la tâche du système est accomplie efficacement? Nous avons essayé d'obtenir les mêmes outils de gestion dont dispose le régime public de santé et les commissions des accidents de travail. Présentement cependant, ils ne sont pas complètement accessibles aux sociétés d'assurance-automobile pour des raisons qui nous échappent. Peut-être parce que nous ne les avons pas demandés auparavant.

But in the course of that, our sense is the evidence-based work has to be done in the medical community. It has to come through a broad consensus of work. It often starts with academic research. It comes with engaging national communities. You have a broad agreement saying this is the injury that has taken place. This is the treatment that every professional would agree is the appropriate treatment, and any program that is following that process gets funded quickly. Anybody who has deviated from that should be questioned and there should be a discussion. That process comes out of the pure research and broad consultation process with the professionals delivering.

Finally, on the premium side, our premiums reflect our cost. To the extent that we have a way to make sure that our role of delivering health care is consistent with true costs and the best health and outcomes for the public, then the costs will be in our prices. Criminal fraud adds to the costs. Excessive treatment that is inappropriate because of mismanagement or absence of tools to get proper management adds to the costs.

The provincial insurance regulators will force our industry to say, "You must charge your costs. You cannot run an insurance company that does not cover its costs." So the public, all of us who drive, all of us who own homes, pay more for insurance than we would have to otherwise if we fail to get the right ways of managing these costs in place.

We are looking for the management of privacy, the way to make sure we have the evidence-based research to get our costs in line, and the tools to manage those so that our costs reflect what is truly needed to get somebody well who has been hurt in an auto accident.

**Senator Léger:** We have heard a lot of talk about the insurance system frauds, the medical system frauds. We hear a lot about systems. I think we forget about why we exist. What about the honest people? How much money is being put in those who succeed? We have insurance because we need it. But then it becomes a system. It becomes greater. Why is there fraud? Where are the honest people? How come we do not talk about them? Mr. Anderson talked about putting monies into creating dialogues and changing a mentality.

I have seen in education, because I was a teacher, bit by bit with the years, yes, they have changed the mentality of students. You have a privilege; you have a responsibility of that privilege. Can we pass that on to our clients?

**Mr. Anderson:** I am mindful of what Senator Robertson said about if you sit here long enough, you are likely to be depressed. On behalf of our industry, I will say that we are not depressed, nor are we downcast. We think there are lots of good examples of how the health system in Canada works. We do not believe it is in

Mais, dans cette procédure, il nous apparaît que le travail de recherche fondé sur les faits doit être effectué par la collectivité médicale. Il doit se faire par l'entremise d'un large consensus de travail. Cela commence souvent avec la recherche universitaire. Cela se produit par la participation des collectivités nationales. Vous avez un large consensus pour dire que c'est la blessure qui a été infligée. Ceci est le traitement que tout professionnel reconnaîtrait comme étant le traitement adéquat et tout programme faisant suite à cette procédure sera rapidement financé. Quiconque dévie de cela devra répondre à des questions et il faudrait lancer une discussion. La procédure dérive de la recherche pure et d'un large processus de consultation avec les professionnels assurant la prestation.

Enfin, pour ce qui est des primes, celles-ci reflètent nos coûts. Dans la mesure où nous disposons d'une façon de nous assurer que notre rôle dans la prestation des services s'accorde avec les coûts réels et avec les meilleurs résultats et la meilleure santé du public, ces coûts seront dans nos prix. La fraude criminelle ajoute à ces coûts. Des traitements superflus qui sont inadéquats en raison d'une mauvaise gestion ou de l'absence des outils permettant de réaliser une gestion appropriée ajoutent aux coûts.

Les organismes provinciaux de réglementation des assurances forceront notre industrie à dire: «Nous devons facturer nos coûts. On ne peut pas gérer une société d'assurances qui ne couvre pas ses coûts.» Le public, nous tous qui conduisons, nous tous qui sommes propriétaires de maisons, paierons davantage en assurance qu'il n'est nécessaire si nous échouons à obtenir les bons outils pour gérer les frais pratiqués.

Nous recherchons une gestion de la protection des renseignements personnels, une façon de s'assurer que nous disposons de la recherche fondée sur les faits pour garder le contrôle de nos coûts et les outils pour les gérer de sorte que nos coûts reflètent ce qui est vraiment nécessaire pour rétablir quelqu'un qui a été blessé dans un accident d'automobile.

**Le sénateur Léger:** Nous avons beaucoup entendu parler des fraudes au système d'assurance, des fraudes au système médical. Nous entendons beaucoup parler de systèmes. Je pense que nous oublions pour quelle raison nous existons. Qu'arrive-t-il avec les honnêtes gens? Combien d'argent investissons-nous dans ceux qui réussissent? Nous avons des assurances parce que nous en avons besoin. Mais voilà que ça devient un système. Cela grossit. Pourquoi y a-t-il fraude? Où sont les honnêtes gens? Pourquoi n'en parlons-nous pas? M. Anderson a parlé d'investir des sommes dans l'ouverture de dialogues et le changement des mentalités.

J'ai vu ça en enseignement, parce que j'étais enseignant, peu à peu avec les années, oui, ils ont changé la mentalité des élèves. Vous possédez un privilège; vous avez la responsabilité de ce privilège. Pouvons-nous communiquer cela à nos clients?

**M. Anderson:** Je me souviens de ce que le sénateur Robertson a dit sur le fait que si vous restez assis ici assez longtemps, il est probable que vous deveniez déprimé. Au nom de notre industrie, je dirai que nous ne sommes pas déprimés ni abattus. Nous pensons qu'il y a beaucoup de bon dans la façon dont le régime de



crisis. We think the infant mortality rates are improving in the country. We think the longevity is improving in the country.

We are talking about is making that system better. It works pretty well now. I just would not want to be associated with coming forward and saying, "We have got a mess on our hands. It is out of control." That is not the situation that I see. My personal experience is that I get superb treatment every time I go. I do not believe that the system is sort of a welter of dismay, if you like. I am quite hopeful that we can, if we confront these issues now, get a very high quality health care system — the best in the world.

**Ms O'Reilly:** May I just add to that comment as well, just to give you some hope. Senator? When the fraud coalition began its work in 1994, we had exhaustive polling that told us 20 per cent of Canadians thought that it was acceptable to commit insurance fraud as it relates to health care. That number has now dropped to 4 per cent. So there is a pervasive public intolerance and acceptance for our work here today.

**Dr. Zitner:** We are very optimistic for two reasons: The first is that the results of health care are superb for many people right now. Second, we live in a country where people regard information as a communal good, so, for example, the tradition with the Canadian census is that we use private information for public good with respect for confidentiality. The CIHI process, where each chart is abstracted and the information is sent to Ottawa, occurs because people have a belief, I guess, that personal information can be used to produce good.

Our pessimism lies in the fact that there are groups of people who are disenfranchised; that within a public system — although everybody in this room is likely to get good care — there is a group of people who are less articulate, who may be poor. I believe that these people do not receive the same level of service as the rest of our communities. That is something that we need to be cognizant of.

**The Chairman:** Senators, our next three witnesses all come from Dalhousie University, although that is sort of the only thing they have in common. Their backgrounds are diverse and varied.

We will begin with Dr. Nuala Kenny. Anyway, for those of you who do not know Dr. Kenny, her very impressive CV is at the back of her attachment.

She is currently Chair of the Department of Bioethics at Dalhousie. In her past she has been Medical Chief of Staff at the IWK Children's Hospital here in Halifax. She has worked at the Children's Hospital, Sick Kids Hospital in Toronto. She has even for her sins suffered through 10 or 11 months as deputy minister of health in Nova Scotia, which was surely not an easy

santé du Canada fonctionne. Nous ne croyons pas qu'il soit en crise. Nous pensons que les données sur le taux de mortalité infantile au pays s'améliorent. Nous pensons que l'espérance de vie s'améliore au pays.

Nous parlons de ce qui peut rendre ce régime meilleur. Il fonctionne assez bien à l'heure actuelle. Je ne voudrais pas être associé à ceux qui se présentent devant vous en disant: «Nous avons une catastrophe sur les bras. C'est hors de contrôle.» Ce n'est pas la situation telle que je la perçois. Mon expérience personnelle est que je reçois un excellent traitement à chaque visite. Je ne crois pas que le régime soit dans le chaos et le désarroi, si vous voulez et j'ai bon espoir que nous pourrions créer, si nous faisons face aux problèmes maintenant, un régime de soins de santé de très haut calibre — le meilleur au monde.

**Mme O'Reilly:** Puis-je simplement ajouter un mot à ce commentaire pour vous donner un peu d'espoir, sénateur? Lorsque la coalition contre la fraude a amorcé son travail en 1994, un sondage exhaustif nous a révélé que 20 p. 100 des Canadiens jugeaient acceptable de perpétrer une fraude à l'assurance en matière de soins de santé. Ce chiffre est maintenant tombé à 4 p. 100. Il y a donc une intolérance générale du public à cet égard et une approbation du travail que nous effectuons ici aujourd'hui.

**Le Dr Zitner:** Nous sommes très optimistes pour deux raisons: la première est que les résultats des soins de santé sont excellents pour de nombreuses personnes maintenant. En second lieu, nous vivons dans un pays où les gens considèrent que l'information est un bien collectif, d'où, par exemple, la tradition du recensement canadien qui est d'utiliser les renseignements personnels pour le bien public tout en respectant la confidentialité. La procédure de l'ICIS, qui tire de chaque dossier des données abstraites pour les envoyer à Ottawa, peut exister parce que les gens croient, je pense, que les renseignements personnels peuvent servir à faire du bien.

Notre pessimisme repose sur le fait qu'il existe des groupes de personnes qui sont désenchantés; qu'au sein du régime public — bien que tout le monde dans cette salle est susceptible de recevoir de bons soins — existe un groupe de personnes qui sont moins articulées, qui sont peut-être pauvres. Je crois que ces gens ne reçoivent pas la même qualité de service que le reste de la collectivité. C'est quelque chose dont nous devons être conscients.

**Le président:** Sénateurs, nos trois prochains témoins viennent tous de l'Université Dalhousie, bien qu'il s'agisse en quelque sorte de la seule chose qu'ils ont en commun. Leur expérience est diverse et variée.

Nous débiterons par la Dre Nuala Kenny. Bon, pour ceux d'entre vous qui ne connaissez pas la Dre Kenny, son très impressionnant CV se trouve à la fin de son annexe.

Elle occupe présentement la présidence du Département de bioéthique de Dalhousie. Elle a été par le passé médecin-chef du IWK Children's Hospital, ici à Halifax. Elle a travaillé au Children's Hospital, Sick Kids Hospital de Toronto. Elle a même expié ses péchés en étant pendant 10 ou 11 mois sous-ministre de la Santé en Nouvelle-Écosse, ce qui n'était sûrement pas une

assignment. So we are delighted to have you here this morning in all of your hats.

**Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics, and Chair, Department of Bioethics, Dalhousie University:** Honourable senators, I just wanted to say that as you get older, I think actually you become more conscious of what you learn. I have always been passionately committed to the Canada Health Act, what it means and what it ought to be. As many of you know, I am an adopted Canadian, a passionately adopted Canadian, but I can tell you that my 10 months as deputy minister, trying to help our government here, helped me to understand in an absolutely new way how difficult it is to formulate public policy. I have done many things, and as a doctor I did residency, I ran a children's hospital. Nothing equals the pressures that people in public service, trying to respond to a huge range of demands, face. That was not what I was going to say, but you led into it.

I am also very conscious that when people work very hard to put together a report, having done that myself in a number of arenas, there is a tendency, when people comment, to only point out the negatives. I do not want to do that. Therefore, first of all, I want to really applaud and commend you for identifying the huge number of issues that you have put on the table as: "We have said this before. Now we really have to decide what we want to do about it." Particularly important are the clarification of the federal role itself, the question of population health, the determinants of health and how they always fall off the agenda, although we give rhetorical attention to them, the absolute centrality of good information, and the paradox that in reality, we have such poor information. My colleagues who appeared just before us emphasized that in spades.

I think you have done some very creative work on drug pricing, options and availability. You have made some very accurate comments about home care and the centrality of integration, so that for both acute care and palliative care, home care can become a launching pad for a number of other important things. You are correct that the reform of primary care is a must-do, overdue, and absolutely key. Think of it this way: We have a system that in fact protects that which is high power, high technology and complicated, and then whatever is left over goes to everything else, whether it is chronically ill mental patients or just primary preventive care.

We have to rethink the centrality and the importance, not only of the delivery, but also of who delivers it. I very much commend you for what you said about the question of hierarchy and conservative approaches.

tâche facile. Nous sommes ravis de vous voir ce matin, avec tous vos chapeaux.

**La Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique, Université Dalhousie:** Honorables sénateurs, je désire simplement dire qu'en vieillissant on devient plus conscient de ce que l'on apprend. J'ai toujours été passionnément engagée envers la Loi canadienne sur la santé, ce qu'elle représente et ce qu'elle devrait être. Comme beaucoup d'entre vous le savent, je suis une Canadienne d'adoption, une Canadienne d'adoption passionnée, mais je peux vous dire que les 10 mois que j'ai vécus en qualité de sous-ministre en essayant d'aider notre gouvernement ici, m'ont aidé à comprendre d'une manière complètement nouvelle à quel point il est difficile de formuler une politique publique. J'ai fait de nombreuses choses et en tant que médecin j'ai été résidente. J'ai administré un hôpital pour enfants. Rien n'égale la pression à laquelle font face les serveurs publics essayant de satisfaire une énorme gamme de demandes. Ce n'est pas ce que j'allais dire, mais vous m'y avez amenée.

Je suis aussi très consciente, pour en avoir moi-même fait l'expérience dans de nombreux forums, du fait que lorsque les gens travaillent très dur à produire un rapport, ils ont tendance dans leurs commentaires à ne souligner que les aspects négatifs. Je ne désire pas faire cela. Donc, je désire tout d'abord vous applaudir et vous féliciter d'avoir identifié un grand nombre de questions que vous avez remises sur la table en disant: «Nous avons déjà dit cela. Maintenant nous devons vraiment décider ce que nous voulons faire à ce sujet.» Je trouve particulièrement importants la clarification du rôle du gouvernement fédéral lui-même, la question de la santé de la population, les facteurs déterminants de la santé et la façon dont ils disparaissent toujours de l'ordre du jour bien que nous leur accordions une attention rhétorique, le caractère central absolu d'une bonne information et le paradoxe qu'en réalité nous avons une très pauvre information. Mes collègues qui nous ont précédés ont souligné cela à profusion.

Je pense que vous avez effectué un travail très créatif sur l'établissement des prix des médicaments, les options et l'accessibilité. Vous avez fait des commentaires très exacts sur les soins à domicile et le caractère central de l'intégration afin qu'en matière de soins de courte durée comme de soins palliatifs, les soins à domicile peuvent devenir une rampe de lancement pour plusieurs autres éléments importants. Vous avez raison en disant que la réforme des soins primaires est une nécessité retardée depuis trop longtemps et une clé absolue. Considérez les choses sous cet angle: nous avons un régime qui protège en fait ce qui est de forte puissance, de haute technologie et compliqué et ce qui reste va ensuite à tout le reste, qu'il s'agisse des patients psychiatriques chroniques ou simplement les soins primaires de prévention.

Il nous faut repenser la centralité et l'importance non seulement de la prestation des services mais aussi de qui la fait. Je vous félicite chaudement de ce que vous avez dit à propos de la question de la hiérarchie et des approches conservatrices.



Now having said that, I believe very strongly that you need to make sure, as you go forward — because you have the authority to do this — that you note the difficulties in effecting change. All those things that you listed as important in the first session — I have read Volume 1 to Volume 4 in detail — it is as if we hear them again and again and again. As the kids say, "Same old, same old." You ask, why is it that we know some things must be done to have a more efficient system, and we have not done them? I believe that you really have to pursue the question of whose interests and whose values are extant in the status quo. We have to be more transparent and honest about that. If you folks cannot help us do it, no one can. The question of who benefits from the status quo, I think, becomes a key question in unravelling why it is that when we know that there are things that we should do, with integration of information systems being an obvious one, it has not happened. Somebody has to benefit from the way things happen now, or it would be different. I want to suggest to the committee, through you, Mr. Chairman, that when you discuss the difficulties, the interests and the values, it is not good enough to say, "Look, we have tried to make these things happen. They have not happened, so now let's look for other options." We have to understand why we have not been able to effect change when we have good evidence of the need for it.

Third, I commend you on your commitment to a factual and non-ideological report. However, here the ethicist in me rises up and says, "I want you to be careful about definitions." I do not think you mean what you say, with respect. Ideology is defined as the body of ideas reflecting the social needs and aspirations of an individual group, class or culture; or a set of doctrines or beliefs that form the basis of a political, economic or other system; or an orientation that characterizes the thinking of a group or nation; or an imaginary or visionary theorization. I suggest, with great respect, that in fact you are centrally rooted in both factual information and in the clarification of and making transparent the values at stake. I think you do that in two areas that I want to comment on briefly in my short time. However, I want to say now that I think that what you mean in the introductory component of Volume 4 is that you do not want people coming with fixed understandings, unable to be open and transparent, and laying out not just the option, but what is the underlying conception of either justice or health care or community that is at stake in that choice. You do not want people to be biased, to come with fixed ideas and create a situation of confrontation. I would only say that if I am right, that that is not what you mean by a strict reading, then go for it. If there is one thing that we know has happened throughout the entire decade that we have just been through, it is that we have had meeting after meeting about health reform to which people have come with their vested interests. I do not mean that in a strictly pejorative sense. If I am here advocating for the Canadian Diabetes Association, the Canadian Nurses Association or for the families of those with Alzheimer's, I come trying to make the case that you need to give resources to my people. In ethical terms, you are trying to do good. The issue I see is that we have never had a

Maintenant, cela dit, je crois très fortement que vous devez vous assurer, en allant de l'avant — parce que vous avez le pouvoir de le faire — de noter la difficulté qu'il y a à apporter des changements. Toutes ces choses que vous avez énumérées comme étant importantes au cours de votre première séance — j'ai lu du volume 1 au volume 4 dans le détail —, c'est comme si nous les entendions encore et toujours. C'est toujours la même chanson. «Comment se fait-il que nous sachions ce qu'il faut faire pour obtenir un régime plus efficace et que nous ne le fassions pas?», demandez-vous. Je crois qu'il faut vraiment vider la question de savoir de qui les intérêts et les valeurs sont reflétées par le statu quo. Nous devons être plus transparents et plus honnêtes à ce propos. Si vous ne pouvez pas nous aider à le faire, personne ne le pourra. La question de qui tire avantage du statu quo devient, je pense, une question clé pour débrouiller les raisons pour lesquelles, alors que nous savons qu'il y a des choses que nous devons faire, l'intégration des systèmes d'information étant la chose la plus évidente, rien ne s'est passé. Quelqu'un doit tirer avantage de la façon dont les choses se passent maintenant ou ce serait différent. J'aimerais suggérer au comité par votre entremise, monsieur le président, que lorsque vous discuterez des difficultés, des intérêts et des valeurs, il ne sera pas suffisant de dire: «Voyez, nous avons essayé d'initier ces choses. Elles ne se sont pas produites, alors envisageons maintenant d'autres options.» Nous devons comprendre pourquoi nous n'avons pas été capables de mettre les changements en vigueur alors que nous avons de bonnes preuves de leur utilité.

En troisième lieu, je vous félicite de votre engagement à produire un rapport factuel et non idéologique. L'éthicienne en moi se réveille cependant et vous dit: «Je veux que vous fassiez attention aux définitions!» Je ne pense pas que vous voulez dire ce que vous dites, sauf votre respect. L'idéologie est définie comme l'ensemble des idées reflétant les besoins sociaux et les aspirations d'un groupe, d'une classe ou d'une culture individuelle; ou un ensemble de doctrines et de croyances qui forment la base d'un système politique, économique ou autre; ou une orientation caractérisant la pensée d'un groupe ou d'une nation; ou l'élaboration d'une théorie imaginaire ou visionnaire. Je suggère avec tout le respect qui vous est dû que vous êtes centralement ancré à la fois dans l'information factuelle et dans la clarification des valeurs en jeu ou dans la tâche de les rendre transparentes. Je pense que vous le faites dans deux domaines à propos desquels je désire émettre brièvement des commentaires dans le court laps de temps qui m'est alloué. Cependant, je désire dire maintenant que ce que je pense que vous voulez dire dans la partie introductive au volume 4, c'est que vous ne désirez pas que les gens comparaissent avec des oeillères, incapables d'ouverture et de transparence, et qu'ils n'exposent pas qu'une option, mais la conception sous-jacente de la justice ou des soins de santé ou de la collectivité qui est en jeu dans ce choix. Vous ne désirez pas que les gens soient partiels, se présentent avec des idées rigides et créent un contexte de confrontation. Je dirais seulement que si j'ai raison, et que ce n'est pas ce qu'une lecture littérale laisse entendre, alors allez de l'avant. S'il y a une chose que nous savons s'être produite au cours de la décennie tout entière qui vient de s'écouler, c'est qu'il y a eu réunion sur réunion à propos de la réforme de la santé auxquelles les gens sont venus pour défendre

forum that has really required that we examine these questions as citizens. I am therefore going to conclude with that challenge. That is the task. No matter what formula we find for today or for the next five years, the question is, how do we address, as citizens, these fundamental questions of meaning on what health care is all about? I think what you mean by "non-ideological" is an unbiased, open view. However, that then demands enormous courage in ensuring that you are making things transparent, taking the layers off the onion and articulating the value issue at stake.

I want to speak about two issues from your report that I think do become valued and that are of concern to me, and then make a final comment.

You identify your analysis of health care within the context of a cottage industry. First of all, that is right, and especially if you look at the way physicians operate within this complex system. We are very key people, and yet we have never been fully accepting of the system and still able to function as individual entrepreneurs. You ask the question: "What is the good of health care?" Since I am just now trying desperately to write a book on this very topic, I will only say this to you: It seems to me that in laying out the transparent values underneath your specific objectives for the federal role, the first thing that needs to be made clear is exactly in what way health and health care are not amenable to the rules of the market.

In what way is health such a value-laden concept, replete with moral meaning, that if we open it up to things like competition and advertising, we actually wind up with people being sold more when more is not better? More is not, at times, even good.

I would suggest to you that fully fleshing out that section of your report is incredibly important to the way in which health care is or is not amenable to market rules, not at the level of dealing with laundry, but in dealing with individuals coming for care. Those are two different kinds of activities, one of which may be very open to market measures, market theory and market efficiencies, and another which is not because of the nature of illness and the dependency in the relationship.

In what way health care is a different good becomes extraordinarily important, and not only in terms of your options. More importantly, if we look at evidence, we have advertising here and we have evidence here. They are not the same thing. In fact, most times, advertising does not want to consider the evidence, because the object of advertising is to create a need and then sell some kind of good or product. That is health care as a

leurs intérêts personnels. Je ne le dis pas dans un sens strictement péjoratif. Si je viens défendre l'association canadienne du diabète, l'association des infirmières et infirmiers du Canada ou les familles de ceux souffrant de la maladie d'Alzheimer, je viens en essayant de prouver que vous devez allouer davantage de ressources à mes gens. En termes d'éthique, vous essayez de faire le bien. Le problème que je vois est que nous n'avons jamais eu un forum qui nous a réellement demandé d'examiner ces questions en tant que citoyens. Je vais donc conclure avec ce défi. Voilà la tâche. Peu importe la formule que nous trouverons pour aujourd'hui ou pour les cinq prochaines années, la question reste de savoir comment, en tant que citoyens, nous réagissons aux questions fondamentales sur ce que signifient les soins de santé. Je crois que vous entendez par «non idéologique» un point de vue ouvert, sans préjugé. Cela demande cependant un courage énorme pour s'assurer que vous travaillez à rendre les choses transparentes en enlevant les pelures de l'oignon et en articulant la question des valeurs en jeu.

Je désire parler de deux sujets de votre rapport qui, je crois, sont valorisées et qui m'inquiètent et faire ensuite un commentaire final.

Vous placez votre analyse du régime de santé dans le contexte d'une industrie artisanale. En premier lieu, c'est exact, surtout si vous regardez la façon dont les médecins fonctionnent au sein de ce système complexe. Nous sommes des personnes clés et pourtant nous n'avons jamais vraiment accepté le régime et sommes encore capable de fonctionner en tant qu'entrepreneurs individuels. Vous posez la question: «Quel est l'intérêt des soins de santé?» Étant donné que j'essaie désespérément en ce moment d'écrire un livre sur ce même sujet, je ne peux que vous dire: il me semble qu'en exposant les valeurs transparentes sous-tendant vos objectifs particuliers pour le rôle du gouvernement fédéral, la première chose devant être clarifiée est de quelle façon exactement la santé et les soins de santé ne peuvent être réduits aux lois du marché.

De quelle façon la santé est-elle un concept si chargé de valeur, si pleine de signification morale que si elle s'ouvre à des choses comme la concurrence et la publicité nous aboutirons finalement à ce qu'on vende plus aux gens quand plus n'est pas mieux. Plus n'est pas, à l'occasion, tout simplement bon.

Je vous suggérerais de développer cette partie du rapport parce qu'elle est extraordinairement importante pour comprendre pourquoi les soins de santé ne sont pas réductibles aux règles du marché, pas au niveau de la gestion de la blanchisserie mais à celui des individus venant se faire soigner. Ce sont deux types d'activités différents, l'un qui peut être très ouvert aux mesures du marché, à sa théorie et à son efficacité, et l'autre qui ne l'est pas en raison de la nature de la maladie et de la dépendance existant dans la relation.

De quelle manière les soins de santé constituent-ils un bien différent devient extraordinairement important, et pas seulement en termes de vos choix. Plus important encore, lorsque nous considérons les faits, nous avons la publicité ici et nous avons les faits là. Ils ne sont pas une même chose. En fait, la plupart du temps, la publicité ne désire pas tenir compte des faits parce que l'objet de la publicité est de créer un besoin et de vendre ensuite



commodity. The fundamental question of what kind of good is the health care system needs to be made transparent.

The second issue is equity. I understand equity as treating persons the same, taking into account substantive differences. "Quality" is treating them the same. I suggest to you that we need to reflect on in what way is illness, disability and dying a substantive difference, and how should Canadians take into account — that is exactly what you have on the table — this difference? It is in relationship to the differences that the options become real.

Finally, you suggest that we are not sure about how much efficiency is connected to the question of money, and you think it is prudent to pursue options just in case there is not enough. I think that is almost exactly the wording. I think you have given a very good outline of options, the best I have seen. However, when I read that you want things to be factual, and we need to be clear about the fundamental values, and then you want to lay out a number of practical options, I want to say to you that they all have to come together in some way.

As for financial options, what I know from international comparisons gives me real pause about some of them. I do not think they should be on the list because they do not achieve the objectives that you set for containing costs and preserving the public system.

Unless we change the objectives, the evidence, I think some of them should be deleted. Then there are some, as my colleagues before me said, where we have some information but not enough to be definitive. We really do need to pursue definitive information.

Finally, no matter how you cut this, it is a crucial question. It is a crucial question for me, because when we say the Canada Health Act has meaning for the country, it is a manifestation of public policy that has said something to Canadians about who we are and want to be. Therefore, whatever options we put on the table, we must think of the kind of people we will become when we choose. That, for me, is the fundamental question.

**The Chairman:** Thank you for an extraordinary series of comments.

Our next witness is Dr. Kusumakar.

I must say, doctor, you were very kind to begin your brief with a quote from our report that touched on mental health. You could have justifiably said that it is very unfortunate that that is our only discussion of mental health, because all of us around the table are woefully aware of that gap. We intend, as we move on past this phase of our work into further things next year, to do a very specific, separate report on mental health. Frankly, we were appalled at some of the things we heard about the state of the

un bien ou un produit quelconque. Ce sont les soins de santé en tant que marchandises. La question fondamentale est de savoir de quelle sorte de biens les soins de santé ont besoin pour être rendus transparents.

Le second sujet est l'équité. Je comprends l'équité comme étant le fait de traiter les personnes de la même manière en tenant compte de leurs différences fondamentales. La «qualité» est de les traiter de la même façon. Je vous suggérerais que nous devons réfléchir à la manière dont la maladie, l'incapacité et l'agonie sont des différences fondamentales et comment les Canadiens doivent tenir compte — c'est exactement ce que vous avez sur la table — de cette différence? C'est en relation avec les différences que les choix deviennent réels.

Enfin, vous suggérez que nous ne sommes pas sûrs du degré auquel l'efficacité est liée à la question de l'argent et vous pensez qu'il est prudent d'étudier des options juste en cas où il n'y en ait pas assez. Je crois que c'est presque exactement les termes. Je crois qu'on vous a communiqué un très beau choix d'options, le meilleur que j'ai vu. Toutefois, lorsque je lis que vous désirez que les choses demeurent factuelles et que nous devons être clairs au sujet des valeurs fondamentales et que vous voulez ensuite disposer plusieurs options pratiques, j'aimerais vous dire qu'elles devront toutes se relier d'une certaine façon.

Pour ce qui est des choix financiers, ce que j'en sais à partir des comparaisons internationales me donne à réfléchir sur certaines d'entre elles. Je ne crois pas qu'elles devraient faire partie de la liste parce qu'elles n'atteignent pas les objectifs que vous établissez en termes de compression des coûts et de conservation d'un régime public.

À moins que nous modifiions les objectifs, les faits, je crois que certaines d'entre elles devraient être abandonnées. Il y a ensuite celles à propos desquelles, comme mes collègues l'ont dit tout à l'heure, nous avons certains renseignements mais pas assez pour se faire une opinion définitive. Nous devons réellement rechercher des renseignements formels.

Enfin, peu importe comment on le présente, c'est une question cruciale. C'est une question cruciale pour moi, parce que lorsque que nous disons que la Loi canadienne sur la santé a une signification pour le pays, c'est une manifestation de politique publique qui a dit quelque chose aux Canadiens à propos de qui nous sommes et de qui nous voulons être. Par conséquent, quels que soient les choix que nous mettons sur la table, nous devons penser à la sorte de gens que nous allons devenir lorsque nous choisirons. C'est là, pour moi, la question fondamentale.

**Le président:** Merci de cet ensemble de commentaires extraordinaires.

Notre témoin suivant est le Dr Kusumakar.

Je dois dire, docteur, que c'était bien aimable de votre part de commencer votre dossier par une citation de notre rapport sur la santé mentale. Vous auriez pu dire pour de justes raisons qu'il est très déplorable qu'il s'agisse uniquement de notre étude sur la santé mentale, parce que nous tous autour de cette table sommes tristement conscients de cette lacune. Nous avons l'intention, lorsque nous progresserons au-delà de cette phase d'approfondir notre travail l'année prochaine afin de rédiger un rapport très

mental health system around the country. Please rest assured that we understand how inadequate we have been thus far on that issue.

**Dr. Vivek Kusumakar, Head, Mood Disorders Research Group, Department of Psychiatry, Dalhousie University:** Thank you, senator, for starting off with that and sparing me the job of pointing it out. I am, like Dr. Kenny, a very gladly adopted Canadian. I came here from Scotland. I also worked in Ireland, and I would like to start by saying that there is a lot that is right about the health system in Canada, a lot of which we can be proud. Most importantly, it is not, I think, purely an ideology to support the idea of equal access and free services at the point of contact, because medicine, for most of us who practice it, is about wanting to do the best for everybody, irrespective of their background, ethnicity, education or finances.

Having come from Britain, where a major, radical experiment took place in the 1980s, and which was flawed in many ways, I would like us to look at how to improve the system through some radical changes, but without necessarily throwing out the baby with the bathwater.

Dr. Kenny made a very important point, which is, how do we ensure that clients in our system who do not necessarily have a voice, or have illnesses that are not "sexy" or recognized as being that important in society, actually receive reasonable services. That is a very important and challenging issue, especially since the cake has, in some way, already been cut and people do not want to give up their share.

Earlier witnesses actually talked about there being enough resources in the health system. I would not pretend to know the details of that, but I do know, for example, that when it comes to mental illness, whichever way you cut it, depression will be the most prevalent, common illness in the western industrialized world by 2008.

Of the top 10 diseases that cause disability and put a burden on society, five of them are mental illnesses. There is a very intricate relationship between depression, other mood disorders and cardiovascular disease. That means that it is not simply a functional illness; it is a medical illness.

If we look at the cost to society of lost school days, lost work days, lost productivity, then we have to ask ourselves why, for example, in Nova Scotia, less than 5 per cent of the entire health budget is devoted to mental health. We know that over 60 per cent of mental illnesses start in childhood and adolescence, yet only 0.5 per cent or less of that money is devoted to child and adolescent mental health.

spécifique et indépendant sur la santé mentale. Nous sommes franchement horrifiés par certaines choses que nous avons entendues au sujet de la situation du régime de santé mentale dans tout le pays. Soyez assuré que nous comprenons combien nous avons été inadéquats à ce sujet jusqu'à ce jour.

**Le Dr Vivek Kusumakar, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, Département de psychiatrie de l'Université Dalhousie:** Merci, sénateur, d'avoir débuté par cette remarque et de m'épargner la tâche de la mentionner. Comme la Dre Kenny, je suis très fier d'avoir été adopté par le Canada. Je suis originaire d'Écosse. J'ai également travaillé en Irlande et j'aimerais commencer en indiquant que de nombreux points de notre régime de soins médicaux au Canada possède de nombreux avantages et un bon nombre dont nous pouvons être fiers. Fait encore plus important, il n'est pas purement idéologique, à mon avis, de supporter l'idée d'égalité d'accès et de services gratuits au point de contact, étant donné que la médecine représente pour la majorité d'entre nous qui la pratiquons un désir de dispenser les meilleurs soins à tous, sans égard pour leurs antécédents, leur origine ethnique, leur éducation ou leur situation financière.

Originaire de Grande-Bretagne, pays dans lequel une expérience radicale et importante eut lieu dans les années 80 et qui présenta de multiples imperfections, j'aimerais que nous considérons des moyens d'améliorer le régime par le biais de changements radicaux, mais sans nécessairement tout rejeter.

La Dre Kenny fit une remarque très importante, à savoir comment nous assurons-nous que les patients dans notre régime qui ne peuvent pas nécessairement s'exprimer ou qui souffrent de maladie qui ne sont pas «sexy» ou reconnues comme importantes dans notre société, reçoivent réellement des services raisonnables. Il s'agit d'une question très importante et compliquée, et ce d'autant plus que d'une certaine manière, le gâteau a déjà été découpé et que personne ne veut abandonner sa part.

Des témoins ont parlé auparavant de la suffisance des ressources du régime de soins de santé. Je ne prétendrais pas connaître tous les détails, mais je sais par exemple qu'en termes de santé mentale, quelle soit la manière dont vous découpez le gâteau, la dépression prévaudra, la maladie banale des pays industrialisés de l'Ouest d'ici à 2008.

Parmi les dix premières maladies provoquant une incapacité et plaçant un fardeau sur la société, cinq sont des maladies mentales. Une relation très compliquée existe entre la dépression, les autres troubles de l'humeur et les maladies cardiovasculaires. Cela signifie que ce n'est pas uniquement une maladie fonctionnelle; c'est une maladie d'ordre médical.

Si nous tenons compte du coût pour la société des journées d'école perdues, des journées de travail perdues, de la productivité perdue, nous devons alors nous demander pourquoi, à titre d'exemple, en Nouvelle-Écosse, moins de 5 p. 100 de tout le budget santé est alloué à la santé mentale. Nous savons que plus de 60 p. 100 des maladies mentales débutent dans l'enfance et l'adolescence, toutefois seuls 0.5 p. 100 ou moins de ces fonds sont alloués à la santé mentale des enfants et des adolescents.



As people in a very privileged country that has very reasonable resources overall, we have to ask ourselves, what are the values and the facts on which we base our health service plan?

I am not going to go over the little handout that I have left with you. I am sure that it will make bedtime reading for some of you, but I would like to say that we really have to approach it from a few different angles. There are possible solutions. First of all, everybody has harped on the issue that we lack a strong informatics system. Informatics is not simply about utilization. We do not have adequate information about what works.

I think that when we health care professionals come before politicians and policymakers, our knowledge of what works is woefully inadequate. A top priority for informatics systems and research is to identify for you, the policy planners and the leaders, what works, because there is no point in putting money into things that do not.

For example, we know that the vast majority of children who have mental disorders also have disruptive behaviour disorders. The common treatment, even to this day, is to see the child individually in an office once a week. There are at least 21 different studies that show that that does not work. At 2:00 this morning, I was on an emergency call. It is, of course, very difficult to follow Dr. Kenny, but I can also plead the fact that I only had four hours of sleep.

This young person, who is suicidal, had to wait eight months before she came to the emergency room to get what would be inadequate treatment at 2:00 a.m. We have to ask ourselves how can we change this. I do not think that the answer is simply to have more specialists. We need a very different way of thinking about where we deliver our health care services. We have to have active screening programs in schools and the workplace to identify these problems. We have to have people who are trained to identify and then to refer.

Again, we need a very strong primary care arm that can identify problems and produce early interventions that are helpful. In mental health, we are guilty of waiting for people to come to us when they have been really ill for six years. We know the research. The offspring of the mentally ill are at very high risk. Those who have had perinatal trauma have high risks. Those who have been abused have high risks. Those who have urological conditions have high risk. However, we do not direct our health services on that basis, and we should.

Finally, I would like to thank you for the opportunity to share some of these thoughts. I would like to make a final plea for those who are mentally ill, many of whom are disenfranchised because

En tant que nation dans un pays très privilégié aux ressources globales très raisonnables, nous devons nous demander sur quelles valeurs et sur quels faits repose notre régime de soins de santé?

Je ne parlerais pas d'un petit prospectus que je vous ai remis. Je suis sûr que certains d'entre vous en feront leur livre de chevet, mais j'aimerais dire que nous devons réellement le considérer sous quelques angles différents. Il existe plusieurs solutions. Tout d'abord, tout le monde a ressassé la question qu'il nous manque un système informatisé puissant. L'informatique n'est tout simplement une question d'utilisation. Nous ne possédons pas les données adéquates sur ce qui fonctionne.

Je crois que lorsque nous, les professionnels de la santé, nous adressons aux politiciens et aux responsables des orientations politiques, notre connaissance de qui fonctionne est tristement inadéquate. Une priorité absolue pour les systèmes informatiques et la recherche est de préciser pour vous, les responsables de la planification politique et les dirigeants, ce qui fonctionne, parce qu'il est inutile d'investir des fonds dans des choses qui ne fonctionnent pas.

Nous savons par exemple que la grande majorité des enfants atteints de troubles mentaux affichent également des troubles du comportement perturbateurs. Le traitement ordinaire, même jusqu'à ce jour, est d'avoir des consultations hebdomadaires pour l'enfant dans un bureau. Il existe au moins 21 études différentes qui prouvent que cela ne fonctionne pas. À 2 heures ce matin, je répondais à un appel d'urgence. C'est bien évidemment très difficile après la Dre Kenny, mais je peux également plaider le fait que je n'ai dormi que quatre heures.

Cette jeune personne, qui était suicidaire, avait dû attendre huit mois avant de se retrouver en salle d'urgence pour obtenir un traitement inadéquat à 2 h. Nous devons nous demander comment nous pouvons changer cette situation. Je ne pense pas que la réponse consiste simplement en un plus grand nombre de spécialistes. Nous avons besoin d'une manière radicalement différente de penser aux endroits où nous dispensons nos services de soins de santé. Nous devons avoir des programmes de dépistage actifs dans les écoles et les milieux de travail afin d'identifier ces problèmes. Nous devons avoir un personnel formé pour les identifier et les aiguiller ensuite.

De nouveau, nous devons posséder un régime de soins de première ligne très solide qui est en mesure d'identifier les problèmes et de procéder à des interventions rapides qui sont utiles. En matière de santé mentale, nous sommes coupables d'attendre que les gens viennent nous consulter lorsqu'ils sont vraiment malades depuis six ans. Nous connaissons la recherche. Les descendants des malades mentaux présentent un risque plus élevé. Les personnes ayant souffert de traumatisme périnatal présentent des risques plus élevés. Ceux qui ont été abusés présentent des risques élevés. Ceux qui ont des problèmes urologiques présentent des risques élevés. Toutefois, nous n'orientons pas nos services de soins de santé dans ce sens et nous devrions.

Enfin, j'aimerais vous remercier pour cette occasion de communiquer certaines de mes pensées. J'aimerais plaider une dernière fois pour les malades mentaux, dont beaucoup sont privés

of their education, their mental illness, their financial situation and their rejection by family and society. We should not give our sons and daughters a chance to say what fools our fathers and mothers were. Thank you.

**Dr. Lawrence Nestman, Professor, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions, Dalhousie University:** Senators, your committee is faced with some very difficult choices. In the last seven years, I have had the opportunity to work with WHO, both on assignments and as a full-time employee in the regional office in Copenhagen.

All of the 22 countries I worked with are faced with these difficult choices, because trying to make some radical or major changes to the health care system challenges the historical development, culture and values of that system. All the countries identify in some way with their health care system from a sociological point of view, and more importantly, a personal point of view.

Canadians are very proud of their health care system, but they are currently very concerned because they are hearing all sorts of news about the health care system being in difficulty. They have centred on one issue that I am trying to centre on, which is the federal-provincial relationship.

The public looks on it as if it were just a big squabble. Canadians are becoming very impatient, because there is strong support for the principles of the Canada Health Act, and I think Canadians largely agree on their value system in terms of health, in terms of showing compassion to their fellow Canadians.

It is very evident that federal-provincial relationships have to be more cooperative, coordinated and collaborative. I would like to give you three proposals that I hope could accomplish that.

One of our major problems is the turnover among deputy ministers and ministers of health. I was really struck by something I read just recently, that Allan Rock is the longest-serving Minister of Health. We have had something like 57 deputy ministers of health over the last 10 years, and some 40 ministers. How do you get stability in policy development with that kind of turnover? You could not do it in a private corporation, and I dare say that the Insurance Bureau of Canada, with whose last presentation I was very impressed, would have a difficult time being very focused.

Elections, re-organization of governments and turf protection have come to dominate the scene. This has created a sense of unpredictability in policy formulation. One government makes an announcement, which destabilizes other governments because they have to react.

I would like to propose that a Canadian health services council be established. The council would be the major forum for federal-provincial relations, including discussing, evaluating and recommending solutions, laws and regulations. The council should have a permanent secretariat with full-time staff to provide

de leurs droits à cause de leur éducation, de leur santé mentale, de leur situation financière et du rejet de leur famille et de la société. Nous ne devrions pas offrir à nos fils et à nos filles la chance de dire que leur père ou leur mère étaient des imbéciles. Merci.

**Le Dr Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé de l'Université Dalhousie:** Sénateurs, votre comité est confronté à des choix très difficiles. Ces sept dernières années, j'ai eu l'occasion de travailler avec l'OMS, tant pour des missions qu'en qualité d'employé à temps plein du bureau régional de Copenhague.

Chacun des 22 pays avec lesquels j'ai travaillé est confronté à ces choix difficiles, parce que tenter de mettre en œuvre des changements radicaux ou majeurs du régime de soins de santé défie l'évolution historique, la culture et les valeurs de ce régime. Tous les pays s'identifient d'une manière ou d'une autre d'un point de vue sociologique, et encore plus important, d'un point de vue personnel à leur régime de soins de santé.

Les Canadiens sont très fiers de leur régime de soins de santé, mais ils sont très inquiets à l'heure actuelle parce qu'ils apprennent toutes sortes de nouvelles concernant les difficultés rencontrées par le régime de soins de santé. Ils se sont concentrés sur une question sur laquelle je me concentre, à savoir la relation entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Le grand public considère cette situation comme un grand méli-mélo. Les Canadiens font preuve d'une impatience grandissante, parce qu'ils soutiennent fermement les principes de Loi canadienne sur la santé et je pense que les Canadiens acceptent généralement leur système de valeur en termes de santé et de compassion envers leurs compatriotes.

Il est très clair que les relations entre le gouvernement fédéral et les provinces doivent être plus coopératives, mieux coordonnées et fait preuve de collaboration. J'aimerais émettre trois propositions qui je l'espère, pourraient réaliser cet objectif.

Un de nos problèmes majeurs est le roulement des commissaires et des ministres de la Santé. Je fus réellement choqué par ce que j'ai lu récemment sur le fait que Allan Rock est le ministre de la Santé ayant les plus longs états de service. Nous avons eu environ 57 commissaires de la Santé au cours des 10 dernières années et quelques 40 ministres. Comment obtenir une constance de l'élaboration des politiques avec ce genre de roulement? Il ne serait pas possible de le faire dans une entreprise privée et j'ose dire que le Bureau d'assurance du Canada, dont qui m'a vraiment impressionné avec sa dernière présentation, aurait beaucoup de mal à être très focalisé.

Les élections, la réorganisation des gouvernements et la protection des querelles sont venues dominer la scène. Cela a entraîné un climat d'imprévisibilité dans l'élaboration des politiques. Un gouvernement fait une déclaration qui déstabilise d'autres gouvernements parce qu'ils doivent réagir.

J'aimerais proposer la mise sur pied d'un comité canadien des services de soins de santé. Ce comité serait la tribune principale des relations entre le gouvernement fédéral et les provinces, y compris les débats, l'évaluation et la recommandation de solutions, de lois et de règlements. Ce comité devrait avoir un



continuity, predictability and expertise. It should be funded by a partnership agreement between the federal and provincial governments.

I am not recommending a new agency be set up amongst all the others we have in Canada. We probably have enough of them. I am suggesting that the mandates of some existing agencies be turned over to the council. The example I have given is that the meetings of the ministers and deputy ministers of health could be folded into the council, as could other joint federal-provincial initiatives.

Consideration should also be given as to how this relates to the Social Union Framework Agreement, because that document says governments will make decisions in a collaborative way. I think this could be an important centrepiece of the council and would send a strong message about how we should collaborate in the future.

I propose some roles in my paper, which I will not go over for the sake of brevity, but I want to centre on three things. One problem, particularly in the 1990s and as we moved into the year 2000, is that it has become very evident that the policy apparatus in almost every country is having a very difficult time absorbing science-based evidence. The current foot-and-mouth disease problem in the United Kingdom is a good example, as are our current problems in dealing with the anthrax scare in the United States and Canada.

In your report, you indicated that a number of pan-Canadian agencies should be set up. This is very true. We have a number of agencies already with important mandates, but somebody somewhere has got to coordinate these activities and reflect on them, so they can be absorbed into the policy apparatus.

One major piece of work on this, by Daniel Fox at The Commonwealth Fund, was published just last month. He looked at six countries to see how their health care systems absorb scientific information. He indicated a need for some kind of forum where public officials, policymakers and researchers can get together privately to reflect on what policy ought to be, so that it could be fleshed out and streamed into actual policy.

Finally, on this topic, I noticed that your Volume 4 indicated very nicely the roles of the federal government in a health service system. I think that was a real contribution. However, I feel that the roles of the provincial governments and the joint federal-provincial responsibility should also be spelled out. I think that would be a good first task for the council.

Secondly, we have had a problem in this country in balancing off accountability, redistribution and provincial political autonomy. This is a difficult juggling act, and I notice that comments about accountability are always coming up.

secrétariat permanent avec un personnel à temps plein pour offrir constance, prédictibilité et expertise. Il serait financé par une convention de partenariat entre les gouvernements fédéral et provinciaux.

Je ne recommande pas la mise sur pied d'une nouvelle agence parmi toutes les autres que nous avons au Canada. Nous en avons probablement suffisamment. Je suggère que les mandats de certaines agences actuelles soient affectés à ce comité. L'exemple que j'ai cité est que les réunions des ministres et des commissaires de la santé pourraient être intégrées au comité, comme pourraient l'être d'autres initiatives conjointes entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Il convient de tenir compte de la manière dont cela se rapporte à l'Entente-cadre sur l'union sociale parce que ce document stipule que les gouvernements prendront les décisions en collaborant. Je pense que cela pourrait être un point central du comité et communiquerait un message puissant sur la manière dont nous devrions collaborer à l'avenir.

Je propose certains rôles dans mes pièces dont je ne parlerais pas à des fins de brièveté, mais je veux me concentrer sur trois points. Un problème, particulièrement dans les années 90 et au tournant de l'an 2000, est qu'il est devenu très évident que l'appareil politique dans presque tous les pays a beaucoup de problèmes à intégrer les recherches scientifiques. L'épidémie actuelle de la fièvre aphteuse au Royaume-Uni est un bon exemple, tout comme nos problèmes actuels pour faire face à la menace d'anthrax aux États-Unis et au Canada.

Vous indiquez dans votre rapport qu'un certain nombre d'agences pancanadiennes devraient être mises en place. Cela est bien véridique. Nous avons déjà un certain nombre d'agences dont les mandats sont importants, mais quelqu'un quelque part doit coordonner ces activités et y réfléchir, afin qu'elles puissent être intégrées à l'appareil politique.

Un élément principal du travail à ce sujet a été publié le mois dernier par Daniel Fox, du Fonds du Commonwealth. Il a étudié les régimes de soins de santé de six pays pour voir comment ils avaient intégré les données scientifiques. Il a exprimé le besoin d'une sorte de tribune où les fonctionnaires, les responsables des orientations politiques et les chercheurs puissent se rassembler pour réfléchir à ce que la politique devrait être afin qu'elle puisse être étoffée et orientée vers une politique actuelle.

Pour conclure sur ce sujet, j'ai remarqué que votre Volume 4 indique très clairement les rôles du gouvernement fédéral dans le régime de services de soins de santé. Je pense qu'il s'agit d'une véritable contribution. J'estime toutefois que les rôles des gouvernements provinciaux et la responsabilité conjointe du gouvernement fédéral et des provinces devraient également être définis. Je pense que ce serait une première tâche positive pour le comité.

Deuxièmement, nous avons eu un problème dans ce pays pour équilibrer la responsabilité, le remaniement et l'autonomie politique des provinces. C'est une prouesse difficile et j'ai remarqué que les commentaires sur la responsabilité resurgissent toujours.

One of the major reforms in the 1990s in Canada has involved setting up regional systems for health care services. It is too early to assess the efficiency and effectiveness of these; however, regionalization does present some issues in accountability.

First, a local area government, a regional government, with quite independent authority in some cases, with executive authority, is allowed to make policy pronouncements. It begins to seek funding from municipalities as well as undertaking fundraising activities, which creates other funding issues, because we have a single-payer system. The regional systems have the potential to become a multi-payer system within the public system.

We know that single-payer systems have better cost-control methods, and I think a lot of provincial administrators to date are being confronted with pressure from these regional systems. It appears to me that that pressure is so strong, many provincial governments are now in the process of provincial standard setting and controlling, the same way the federal government has done with the provinces.

I am proposing that the principles of the Canada Health Act be legislated provincially as well as federally. This would provide for some coordination in policymaking between the federal and provincial governments and enforce and improve accountability. However, I would like to go a step further and ask the provincial governments to legislate portions of the Canada Health Act into the mandates of regional authorities to make them accountable for aspects of the act that are their responsibility.

I think this would also improve accountability within the system. More importantly, it would bring home to citizens of particular regions and provinces that they are part of a national health program in which some portions of the Canada Health Act are visible in their own region.

Lastly, I would like to make some recommendations for improving federal-provincial fiscal arrangements on equalization. Your report has laid out the options for cost sharing of resources between the federal and the provincial governments. It was clearly evident, however, before the 1970s, that the cost-sharing arrangements for the hospitals had one really visible component. It was that the poorer provinces received money from the richer provinces and equalization was built into the formula. It was very visible.

When we came to the 1970s, 1980s and 1990s, and started implementing other cost-sharing arrangements such as Established Programs Financing and the CHST, it became a block payment system. Some of the visibility of equalization was lost. If you talk to the general public about those two funding arrangements, about tax points and other things, people's eyes glaze over.

Une des réformes principales dans les années 90 au Canada a impliqué la mise sur pied de régimes régionaux pour les services des soins de santé. Il est trop tôt pour évaluer leur efficacité; toutefois, la régionalisation présente certains problèmes de responsabilité.

D'abord, un gouvernement local, c'est-à-dire un gouvernement régional, dont l'autorité est assez autonome dans certains cas, avec le pouvoir exécutif, a le droit d'émettre des recommandations politiques. Il commence par solliciter des financements auprès des municipalités et entreprend aussi d'autres activités de collecte de fonds, ce qui crée d'autres problèmes de financement, parce que nous avons un régime à payeur unique. Les régimes régionaux ont le potentiel de devenir un régime à multiples payeurs au sein du régime public.

Nous savons tous que les régimes à payeur unique ont de meilleures méthodes de contrôle des coûts et je pense que de nombreux administrateurs provinciaux jusqu'à ce jour ont été confrontés à la pression de ces régimes régionaux. Il semble que cette pression est si forte que de nombreux gouvernements provinciaux mettent actuellement en place des normes provinciales et des moyens de contrôle de la même manière que le gouvernement fédéral l'a effectué avec les provinces.

Je propose que les principes de la Loi canadienne sur la santé soient adoptés par les gouvernements fédéral et provinciaux. Cela permettrait une certaine coordination de l'élaboration des politiques entre les gouvernements fédéral et provinciaux et renforcerait et améliorerait la responsabilité. J'irais toutefois une étape plus loin et demanderais aux gouvernements provinciaux de légiférer sur des parties de la Loi canadienne sur la santé concernant les mandats des autorités régionales pour les rendre responsables de tous les aspects de cette loi qui sous leur autorité.

Je pense que cela améliorerait la responsabilisation au sein du régime. Fait encore plus important, cela ramènerait chez eux les citoyens de régions et provinces spécifiques qui font partie d'un programme national sur la santé dont certaines portions de la Loi canadienne sur la santé se manifestent dans leur propre région.

Enfin, j'aimerais exprimer certaines recommandations pour améliorer les ententes entre le gouvernement fédéral et les provinces sur la péréquation fiscale. Votre rapport a exposé les options pour le partage des coûts des ressources entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Il était clairement manifeste toutefois avant les années 70 que les ententes de partage des coûts pour les hôpitaux avaient une composante vraiment visible. C'était que les provinces les plus pauvres recevaient les fonds des provinces les plus riches et que la péréquation était intégrée à cette formule. C'était très visible.

Dans les années 70, 80 et 90 et au début de la mise en place d'autres ententes de partage des coûts telles que le financement des programmes établis et le TCSPS, c'est devenu un régime de versement en fonds bloqués. La transparence de la péréquation était perdue en partie. Si vous parlez au grand public de ces deux ententes de financement, des points d'impôt et autres, le regard des gens s'assombrit.



If the equalization and sharing in the funding mechanism is not visible, and experts such as accountants and economists get mixed up on it, you can imagine where the general public is on this issue.

Therefore, I have proposed that a visible equalization formula be built into future funding arrangements, and I am asking you to consider making that recommendation. I say that under four rationales. One is the economic rationale that if you have a built-in equalization formula, it will decrease regional disparities and also address the spill-over effects from health programs in one province into another.

Secondly, I think it has political connotations, in the sense that if the federal government can stimulate needed expenditures in the provinces, such as on home care and drugs, it will make a positive contribution to national unity. Over the years, our program has also made possible a somewhat uniform level of services across the country. As a result, people can see the unity of the country, as opposed to a series of fragmented parts.

Thirdly, the social rationale is that some Canadians want to feel that the health needs of all their fellow countrymen are being met equally.

Lastly, I think it is a prerequisite for successful federal-provincial negotiations. I cannot envisage a negotiation between the federal and provincial governments, now or in the future, that did not include an equalization formula, so that the rich provinces will help the poorer ones. In fact, I think it is likely to be the deal breaker or maker.

**Senator Cordy:** Thank you all very much for appearing this morning. It is nice to see two doctors who have chosen to come to Canada. By the way, Dr. Kenny, your enthusiasm is contagious. You talked about who benefits from the status quo, and I agree that that question is important.

I also think there is some fear of moving away from the status quo because health care is such an emotional issue. We all know that we will have to use the health care system at some point in our lives. How do we make Canadians and health care stakeholders or personnel more accepting of changes to the status quo? We will start with an easy question.

**Dr. Kenny:** I was going to say that if I knew the answer to that, I might be Prime Minister. That is so difficult. We are all contributing to this. I am trying to do research and reflection on what I call the "deeper" issues underlying the health care crisis. I am a doctor who has been trained as an educator and a speaker, so I speak better and far more easily than I write. However, I am trying to write something about these fundamental questions.

There is an article, and I cannot remember the author, but the title is — and I can get it for you if The Chair wishes — "Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy." It captures what I want to say to you about this.

Si la péréquation et le partage dans le mécanisme de financement ne sont pas clairs et si les spécialistes tels que les comptables et les économistes sont confondus, vous pouvez imaginer la position du grand public à ce sujet.

Par conséquent, je propose qu'une formule de péréquation claire soit intégrée aux futures ententes de financement et je vous demande de tenir compte de cette recommandation. Je base cette déclaration sur quatre motifs. Un d'entre eux est un motif économique. Si vous possédez une formule de péréquation intégrée, cela diminuera les disparités interrégionales et réglerait également la question des effets de déversement des programmes de soins de santé d'une province à l'autre.

Deuxièmement, je pense que cela a des connotations politiques, dans le sens où si le gouvernement fédéral peut stimuler les dépenses dans les provinces, telles que pour les soins à domicile et les médicaments, cela contribuera positivement à l'unité nationale. Au fil des ans, notre programme a également rendu possible un certain niveau d'uniformisation des services à travers le pays. Par conséquent, les gens peuvent voir l'unité du pays, par opposition à une série de parties fragmentées.

Troisièmement, le motif social est que certains Canadiens souhaitent avoir le sentiment que les besoins de soins de santé de tous leurs compatriotes sont satisfaits de manière égalitaire.

En dernier lieu, je pense qu'il s'agit d'un préalable indispensable au succès des négociations entre le gouvernement fédéral et les provinces. Je ne peux pas envisager une négociation entre les gouvernements fédéral et provinciaux, à l'heure actuelle ou à l'avenir, qui ne comprenne pas une formule de péréquation, afin que les provinces riches aident les plus pauvres. En fait, je pense que c'est la différence entre conclure et violer une entente.

**Le sénateur Cordy:** Merci à vous tous d'avoir comparu ce matin. Cela fait plaisir de voir deux docteurs qui ont choisi de venir au Canada. À propos, docteur Kenny, votre enthousiasme est contagieux. Vous avez parlé deux avantages du statu quo et je conviens que cette question est importante.

Je pense également qu'il existe une certaine peur de s'éloigner du statu quo parce que les soins de santé sont une question d'ordre émotionnel. Nous savons tous que nous devons utiliser le régime de soins de santé à un certain moment de notre vie. Comment rendons-nous les Canadiens et les parties intéressées ou le personnel des soins de santé plus réceptifs aux changements de statu quo? Nous commencerons par une question simple.

**La Dre Kenny:** J'allais dire que si je savais la réponse à cette question, je serais premier ministre. C'est si difficile. Nous y contribuons tous. J'essaie de réaliser des recherches et de réfléchir sur ce que j'appelle les questions «plus profondes» sous-jacentes à la crise des soins de santé. Je suis un médecin qui a été formé comme un éducateur et un conférencier et je parle donc mieux et plus facilement que j'écris. Toutefois, j'essaie d'écrire sur ces questions fondamentales.

Il y a un article, dont je ne me souviens pas de l'auteur, mais le titre est «Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy» et je peux l'obtenir pour vous si la présidence le souhaite. Il exprime ce que je souhaite vous dire à ce sujet.

On the one hand. "Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy," which is a wonderful title, really means that if we look at ourselves as Canadians in 2001, we are the healthiest we have ever been in human history. We live longer. We are healthier at every stage of life, from me the ones I take care as a baby doctor, right up to the elderly, who are living healthier and longer lives. By just about every standard, we are doing better.

The political pathology of health policy is that the healthier we are, the more we can do, the more we can intervene earlier, and the wider the scope of what I call "the medical."

New moms do not go to grandma for advice on feeding. They go to the pediatrician, who then sends them to a nutritionist. We have expanded the power of science and technology and widened the scope of the medical, but the political pathology is that we are constantly terrified that health care will not be available to us and our loved ones when we need it.

There is something about that fear, Senator: you are absolutely right. It has to do with the moral meaning of health, illness, dependency, all of those realities, and then the way in which what I call "the belief" in modern science and technology has played out.

I am amazed to find that some lines in my little written submission say exactly what both of these colleagues said, because we did not talk about this. I have not seen these two gentlemen in ages.

If we were to talk about evidence of benefit as contrasted with belief in benefit, the number of issues we could put on this table would mean that we would not get out of the room. It is not that we are not trying to do good, but because people hope for benefit, and there are so many potential interventions, we provide them, because we are a very consumerist, autonomous, self-determining society now. As we get more fearful about health, we turn to science and technology to answer our concerns.

Therefore, from the patient side, from the population side — all potential patients — you are right. We have to begin to develop what I think is the most difficult question: "How do we help ordinary folk understand the strengths and the limitations of empirical evidence?"

Then on the flip side, my colleagues and I do not respect science and empirical knowledge as much as we ought. There is a huge literature on practice variation, on the failure of evidence practice. It is supported by some legitimate claims. If a general information guideline says that a woman of 57 with this kind of blood pressure should be treated A, B, C, when my doctor talks to me about my blood pressure, she tries to make a judgement about whether or not that generalized information is applicable to me. However, that is then extended, at times, to clinicians who pay no

D'un côté. «Doing better and feeling worse: The political pathology of health policy», un titre merveilleux, signifie vraiment que si nous nous considérons en tant que Canadiens en 2001, notre santé est à son summum de l'évolution humaine. Nous vivons plus longtemps. Nous sommes en meilleure santé à toutes les périodes de la vie, de moi-même et des gens auxquels je dispense mes soins en qualité de pédiatre, jusqu'aux personnes âgées, qui vivent des vies en meilleure santé et plus longue que jamais. Selon presque toutes les normes, nous allons mieux.

La pathologie de la politique de la santé est que plus nous sommes en meilleure santé, plus nous pouvons faire, plus nous pouvons intervenir plus tôt et plus l'étendue de ce que j'appelle le «médical» s'élargit.

Les nouvelles mamans ne demandent pas conseil à leur grand-mère. Elles se rendent chez le pédiatre qui les envoie voir un nutritionniste. Nous avons élargi le pouvoir de la science et de la technologie ainsi que l'étendue du domaine médical, mais la pathologie politique est que nous sommes constamment terrifiés que les soins de santé ne seront pas offerts à nous-mêmes et aux êtres qui nous sont chers quand nous en aurons besoin.

Il y a quelque chose à propos de cette peur, sénateur: vous avez absolument raison. Cela a rapport à la signification morale de la santé, la maladie, la dépendance, toutes ces réalités, et aussi la manière dont ce que j'appelle la «foi» dans la science moderne et la technologie a joué un rôle.

Je suis stupéfaite que certaines lignes de mon bref plaidoyer écrit disent exactement ce que ces deux collègues ont dit, parce que nous n'en avons pas parlé. Je n'ai pas vu ces messieurs depuis des années.

Si nous devons parler de la preuve de l'avantage par opposition à la croyance dans l'avantage, le nombre de questions que nous pourrions soulever autour de cette table signifierait que nous ne pourrions pas quitter cette pièce. Ce n'est pas que nous n'essayons pas d'adopter les bons actes, mais parce que les gens espèrent un avantage et que nous leur offrons de si nombreuses possibilités d'intervention parce que nous sommes désormais une société aux mentalités très consuméristes, autonomes et axées sur l'autodétermination. Alors que nous avons davantage peur pour notre santé, nous nous dirigeons vers la science et la technologie pour trouver une réponse à nos inquiétudes.

Par conséquent, pour le patient, pour la population — tous des patients éventuels — vous avez raison. Nous devons commencer à élaborer ce que je considère comme la question la plus difficile: «Comment aidons-nous le grand public à comprendre les atouts et les limites des signes empiriques?»

D'un autre côté, mes collègues et moi-même ne respectons pas la science et la connaissance empirique autant que nous le devrions. La documentation sur les variations de pratique, sur le défaut de pratique en fonction signes est énorme. Elle est supportée par certaines plaintes légitimes. Si une directive de renseignements généraux stipule qu'une femme de 57 avec ce type de pression artérielle devrait suivre le traitement A, B, C, lorsque mon médecin me parle de ma pression artérielle, elle essaie de se faire une idée sur l'applicabilité de ces



attention to what the evidence says, and in the name of the specification and their judgement, do something different.

The evidence about our respect for science is really problematic, and the education of the public is competing now with direct drug advertising that comes to us every day from the States. Finally, the biggest issue is what I call "perverse incentives."

**Senator Cordy:** You talked about new mothers not asking their grandmothers for advice and so on. Certainly, patients are far more knowledgeable than they were 30 years ago. You can find information on the Internet about drugs that you are using. I just read a report that discussed the fact that because doctors are paid on a per-visit basis, a patient will come to them saying, "I read about these tests and I want these tests," or, "I read about this medication and I want this medication."

The doctors' time is limited because they have 25 patients in the waiting room. It is more expensive, but easier, to agree to the tests or the medication, whereas if they were paid a salary, they would probably take more time to explain things to the patient. Is that a reality?

**Dr. Kenny:** I will answer very briefly and my colleagues can also reply. It is absolutely, positively true — incentives, incentives, and more incentives. Unfortunately, money does make things happen or not happen. You go to the heart of the issue in your own report when you talk about reimbursement, particularly for physicians, but I think it is a more general issue.

When Dr. Kusumakar talks about early identification of children at risk for mental illness, when you talk about reform of primary care and a different way of bringing in other colleagues, we are talking about that. Incentives matter profoundly.

Secondly, when I last checked on this three weeks ago, there were 15,000 easily accessible Web sites in English about health care, available to anyone who sat down in front of a computer.

There is no way we can make judgements about which is Nuala Kenny's home page on toenail fungus, and which are the most definitive, authoritative statements. That is part of the problem. The doctor, who is busy and paid on a piecemeal basis, as you identify, has a patient come in who wants to be informed, but who brings information that could, if not factual, be quite dangerous.

Thirdly, if the patient gets pushy and the doctor is frustrated, there may be some exertion of power, and then people become angry because they were not dealt with in a way that enhanced education. It is a complicated issue, and incentives to do it the right way are central.

renseignements généralisés à mon cas. Toutefois, c'est alors élargi, et parfois aux cliniciens qui ne font pas toujours attention aux signes et au nom de la spécification et de leur jugement font quelque chose de différent.

Les signes concernant le respect de la science sont réellement problématiques et l'éducation du grand public fait maintenant concurrence à la publicité directe sur les médicaments qui nous arrive tous les jours des États-Unis. Enfin, le problème le plus grave est ce que j'appelle les «primes incitatives perverses».

**Le sénateur Cordy:** Vous avez parlé des nouvelles mères qui ne demandent pas conseil auprès de leurs grands-mères et ainsi de suite. Certainement, les patients savent beaucoup plus de choses que voici 30 ans. Vous pouvez trouver des renseignements sur les médicaments que vous utilisez sur Internet. Je viens de lire un rapport qui examinait le fait que parce que les médecins sont payés par visite, un patient viendra les consulter et leur dira: «J'ai lu un article sur ces tests et je veux faire ces tests» ou «J'ai lu un article sur ce médicament et je veux ce médicament».

Le temps des docteurs est limité parce qu'ils ont 25 patients dans la salle d'attente. Cela coûte plus cher, mais c'est plus facile, d'accepter de faire les tests ou de prescrire le médicament, alors que s'ils étaient salariés, ils prendraient probablement davantage de temps pour expliquer certaines choses au patient. Est-ce bien une réalité?

**La Dre Kenny:** je répondrai très brièvement et mes collègues peuvent aussi répondre. C'est absolument, positivement véridique: primes incitatives, primes incitatives et encore plus de primes incitatives. Malheureusement, l'argent fait fonctionner les choses ou non. Vous vous rendez au cœur du problème dans votre propre rapport lorsque vous parlez de remboursement, en particulier pour les médecins, mais je pense que c'est une question d'ordre plus général.

Lorsque le Dr Kusumakar parle d'identification plus précoce des enfants présentant un risque de maladie mentale, lorsque vous parlez de réforme des soins de première ligne et d'une autre manière de former d'autres collègues, nous parlons de cela. Les primes incitatives ont beaucoup d'importance.

Deuxièmement, lorsque j'ai vérifié la dernière fois voici trois semaines, il existait 15 000 sites Web sites en anglais d'accès facile sur les soins de santé, à la portée de toute personne s'asseyant devant un ordinateur.

Il n'y a aucune manière que nous puissions porter un jugement sur la page d'accueil de Nuala Kenny sur les champignons des ongles des orteils et sur quelles études sont les plus définitives et les plus autoritaires. Cela fait partie intégrante du problème. Le docteur qui est occupé et payé à la pièce, comme vous le précisez, a la visite d'un patient qui veut être informé, mais apporte des renseignements qui pourraient en fait être assez dangereux.

Troisièmement, si le patient devient arrogant et si le docteur est frustré, il peut y avoir une pression de pouvoirs et les gens se mettent alors en colère parce qu'on ne les a pas traités d'une manière qui renforce l'éducation. C'est un problème compliqué et les primes incitatives de le faire de la bonne manière sont centrales.

**Dr. Kusumakar:** I would just like to add a couple of things. Firstly, overall, our health status is better. However, many of the illnesses we are faced with cause severe dysfunction — not necessarily death, but dysfunction and a very poor quality of life. Therefore, when ordinary citizens are clamouring for more health care, they are also clamouring for some solution to the dysfunction and the lack of quality of life that goes along with illnesses, because we have reached a stage in the practice of medicine where we have been able to eradicate many causes of infant mortality, or, for that matter, of deaths that are preventable.

However, we still deal very poorly with chronicity of illness, with the recurrences of illness, with quality-of-life issues. How we are going to deal with that is a major issue for health services. These are very expensive things for which to plan. Currently, our health services do not plan for it. They are geared for acute problems. If you have an acute problem, you get very good service, overall.

The second issue that you raised, Senator, was salary. I think it is quite clear that incentives are important in ensuring that quality work is done. However, it is also true that in countries that have had only a salaried system, and have not necessarily built in other incentives or ways of monitoring, there has been a lack of accountability. Having worked there, I can say that the United Kingdom is a very good example of that. The person who actually worked very diligently got the same reward as those who put their feet up. It needs to be a balanced system of salary and incentives.

**Senator Cordy:** You are saying that there is no easy answer.

**Dr. Nestman:** Just a very quick comment: Dr. Kenny was right that the incentives and money do make a major difference. When we started cost sharing on hospitals and medical care in the 1950s and 1960s, it was on a 50-50 basis. I think that was basically because of a perception amongst health-care policy people that there was a shortage of hospitals, a shortage of physicians, and they wanted a volume-driven kind of system.

The problem was, by the time we got to the late 1960s and early 1970s, the federal task force on health service costs was indicating that that kind of system did not work. However, we continued with it for quite some time until we hit a problem in the 1970s, because if you leave a payment system in too long, it starts to become dysfunctional. That is a notion that you may want to entertain, that when you recommend a new federal-provincial cost-sharing agreement, you only recommend it for a certain period of time.

**Le Dr Kusumakar:** J'aimerais juste ajouter deux choses. Premièrement, d'un point de vue général, le statut de notre santé est meilleur. Toutefois, de nombreuses maladies auxquelles nous sommes confrontés provoquent des dysfonctionnements graves — pas nécessairement le décès, mais dysfonctionnement et une très mauvaise qualité de vie. Par conséquent, lorsque des citoyens ordinaires demandent à cor et à cri davantage de soins de santé, ils demandent également à cor et à cri des solutions au dysfonctionnement et au manque de qualité de vie accompagnant les maladies, parce que nous avons atteint une phase dans la pratique de la médecine où nous avons été en mesure d'éliminer de nombreuses de mortalité infantile ou, quant à cela, de décès pouvant être évités.

Cependant, nous traitons toujours très mal les maladies chroniques, récurrentes et les problèmes de qualité de vie. Comment allons-nous traiter ce problème majeur des services de soins de santé? Il s'agit là d'éléments très onéreux qu'il faut planifier. À l'heure actuelle, nos services de santé ne prévoient rien. Ils sont axés sur les troubles de courte durée. Si vous souffrez d'un trouble aigu, vous avez un très bon service en général.

La deuxième question que vous avez soulevée, sénateur, était le salaire. Je pense qu'il est bien évident que les primes incitatives sont importantes pour garantir qu'un travail de qualité est réalisé. Toutefois, il est également vrai que dans les pays qui avaient uniquement un régime salarier et n'ont pas nécessairement bâti d'autres primes incitatives ou d'autres moyens de contrôle, il y a eu un manque de responsabilisation. Ayant travaillé là, je peux dire que le Royaume-Uni en est un parfait exemple. La personne qui travaille avec extrême diligence reçoit la même récompense que celle qui ne fait rien. Il faut que ce soit un système équilibré de salaire et de primes incitatives.

**Le sénateur Cordy:** Vous dites qu'il n'y a pas de réponses faciles.

**Le Dr Nestman:** Juste un commentaire très rapide: la Dre Kenny avait raison quand il déclarait que les primes incitatives et l'argent font une grande différence. Lorsque nous avons commencé le partage des coûts dans les hôpitaux et les soins médicaux dans les années 50 et 60, c'était sur une base de moitié-moitié. Je pense que c'était principalement en raison de la perception parmi les politiciens des soins de la santé d'une pénurie dans les hôpitaux, d'un nombre insuffisant de médecins et qu'ils voulaient un régime axé sur le volume.

Le problème était que vers la fin des années 60 et le début des années 70, la commission fédérale d'étude des coûts des services de soins de santé indiquait que ce type de régime ne fonctionnait pas. Toutefois, nous avons continué pendant assez longtemps jusqu'à ce que nous rencontrions un problème dans les années 70, parce que si vous laissez un système de paiement trop longtemps, il commence à devenir dysfonctionnel. C'est une notion que vous voudrez peut-être entretenir que, lorsque vous recommanderez une nouvelle entente de partage des coûts entre le gouvernement fédéral et les provinces, vous ne la recommanderez que pour une certaine période de temps.



The second point I want to make is that the way you set up a new funding arrangement has tremendous impact on the programs. In the beginning, we excluded mental health and public health from cost sharing. Then we moved to more global funding, where you could redistribute the money. The problem with that is, once the system is set up a certain way, it has so much momentum, that even after you change the funding arrangements, it is very difficult to change. That is why provincial governments had difficulty putting more money into prevention and mental health. The existing acute care system had so much momentum that when you put in more money, it gobbled it back up.

Those are the kinds of perverse incentives that have been set up over the years, and that is why it is strategically very important for you to sort out what is going to be included and what is not, because you are sending a major signal to the system.

**Senator Cordy:** Dr. Kusumakar, certainly the issue of mental illness requires a great deal of public attention, in my opinion, and I think Canadians, and especially employers, would be very surprised to learn the number of days missed because of depression or stress-related illnesses.

I know Michael Wilson is doing a tremendous job of educating the Canadian public, but how do people who are feeling depressed or stressed tell an employer that they want to take a month off, before things just get so out of hand, they may never re-enter the workforce?

**Dr. Kusumakar:** I think that when we wait for the employee to become ill, become dysfunctional, and then go to the employer, it is often too late. Employers are driven by other exigencies, such as wanting to have a very productive workforce. A novel idea — not necessarily novel in other parts of the world — is to set up early detection programs, occupational health programs within the workplace, which, using risk factors, can identify people before they develop the illness. Interventions at that stage, as part of a package of occupational health programs, can work.

Now this means that you are not expecting people to become depressed and remain depressed for many weeks before they go to the employer — in fact, a detection program has incentives for them.

It is a little like when you get your blood pressure checked. If you keep your blood pressure under control, would there be an incentive? Some companies do provide incentives. For example, employees who go for a medical every year get an extra couple of days of leave. You can do things like that.

Le deuxième point que je veux exprimer est que la manière dont vous élaborez une nouvelle entente de financement a d'énormes répercussions sur les régimes. Au début, nous avons exclu la santé mentale et la santé publique du partage des coûts. Puis, nous nous sommes orientés vers un financement plus global dans le cadre duquel vous pourriez redistribuer les fonds. Le problème en résultant est qu'une fois qu'un régime est mis en place d'une certaine manière, il a un tel dynamisme qu'il est très difficile de le modifier même après avoir changé les ententes de financement. C'est pour cette raison que les gouvernements provinciaux ont des problèmes à investir davantage dans la médecine préventive et la santé mentale. Le régime actuel de soins de santé de courte durée possède un tel dynamisme que lorsque vous investissez des fonds additionnels, il l'engloutit.

Il s'agit là des primes incitatives perverses mises en place au fil des années et c'est pour cette raison qu'il est très important pour vous d'un point de vue stratégique de décider de ce qui sera inclus ou non parce que vous communiquez un message important au régime.

**Le sénateur Cordy:** Docteur Kusumakar, sans aucun doute, la question de la santé mentale nécessite grandement l'attention du grand public selon moi et je pense que les Canadiens, et particulièrement les employeurs, seraient particulièrement surpris d'apprendre le nombre de journées de travail manquées à cause d'une dépression ou de maladies liées au stress.

Je sais que Michael Wilson réalise un énorme travail d'éducation des Canadiens, mais comment les personnes déprimées ou stressées disent-elles à un employeur qu'elles veulent prendre un mois de congé avant que la situation ne devienne aussi grave qu'elles ne retourneront peut-être jamais au travail?

**Le Dr Kusumakar:** Je pense que lorsque nous attendons que l'employé devienne malade, dysfonctionnel et alors parle à son employeur, il est souvent trop tard. Les employeurs sont dictés par d'autres exigences, telles que le désir d'avoir un effectif très productif. Une idée nouvelle — pas forcément nouvelle dans d'autres parties du monde — est de mettre sur pied des programmes de dépistage précoce et de santé au travail en milieu de travail qui, à l'aide des facteurs de risque, peut identifier les personnes avant qu'elles développent la maladie. Les interventions à ce stade, en tant que partie de programmes de santé au travail, peuvent être efficaces.

Cela signifie maintenant que vous ne vous attendez pas à ce que les personnes soient déprimées ou restent déprimées d'ici de nombreuses semaines avant qu'elles parlent à leur employeur — en fait, un programme de dépistages présente des primes incitatives essentielles pour eux.

C'est un peu comme lorsque vous faites vérifier votre pression artérielle. Si vous maîtrisez votre pression artérielle, y aurait-il une prime incitative primordiale? Certaines entreprises offrent réellement des primes incitatives. Par exemple, les employés qui passent une visite médicale tous les ans bénéficient de deux jours d'absence additionnels. Vous pourriez mettre en place quelque chose de similaire.

If you bring mental health into the occupational health arena, you also de-stigmatize it in the workplace. In some situations, you may actually need laws to back that up.

**Senator Robertson:** The witnesses this morning have been just excellent, and we are learning so much from all of you. It is good to see you again, Dr. Nestman. I saw you sitting in the back there and was waiting for an opportunity to ask you to defend the institutional system, which was criticized by the last witness — I don't know if you were here all the time or not — for its inefficiencies. I thought it might be good to have both sides of the argument on the table.

I appreciate the positions that you have put before us regarding the role of the federal government. If you would care to defend, in your present capacity at the School of Health Services Administration, what goes on in hospital administration, it might be interesting and helpful to us.

**Dr. Nestman:** I think the key questions raised this morning were, one, the interface between the private and public sector, and two, the future role of the acute care hospital. I will start with the second one.

We really do not know what the role of the acute care hospital will be in the future. We do know of some worldwide trends. We know that the acute care hospital sector is shrinking in every country. The number of beds is decreasing. People are now talking, in policy circles, of having 1.4 to 1.5 beds per thousand. Those statistics are quite remarkable.

There is no question that the nature of the acute care hospital is changing quite rapidly. We now know that hospitals are shrinking for a lot of good reasons, clinical, financial, social and operational. We know we can do more things outside the hospital in outpatient clinics and in communities. There is certainly a perception that how much you put into the acute care system does not necessarily correlate with good health care outcomes.

The great health equation of the 1970s, 1980s and 1990s has been broken. We now know that more money does not necessarily lead to an increase in health status. Therefore, the role of the acute care hospital is really important because it begs the question, in regions and districts, of what the priorities ought to be.

As to the interface between the private and public sectors, the comment was made that the private sector can provide additional funds for the acute care system or for the primary care system because it expands budgets. I think there is a fallacy in that, because a country is always faced with setting priorities. Our health care budget is both private and public.

If you look at what President Clinton tried to do in the 1990s, he was not concerned with public health budgets running out of control, but the private budgets. He was getting complaints from companies such as General Motors, IBM and Apple, saying, "It is costing us so much to make computers, so much to make cars.

Si vous introduisez la santé mentale dans le milieu de la santé au travail, vous la déstigmatisez également dans le milieu du travail. Dans certaines situations, vous aurez peut-être besoin de loi pour l'appuyer.

**Le sénateur Robertson:** Les témoins de ce matin ont tout simplement été excellents et nous avons tant appris de vous tous. Cela me fait plaisir de vous revoir, docteur Nestman. Je vous ai vu assis à l'arrière là-bas et j'attendais une occasion de vous demander de défendre le régime institutionnel critiqué par les derniers témoins — je ne sais pas si vous avez été présent tout le temps ou on — pour son manque d'efficacité. J'ai pensé qu'il serait bon d'écouter les deux versions de l'argument.

J'apprécie les opinions que vous avez exprimées au sujet du rôle du gouvernement fédéral. Si vous pouviez défendre dans le cadre de votre rôle actuel dans l'administration des services de santé scolaire ce qui se passe en administration hospitalière, ce serait peut-être intéressant et utile pour nous.

**Le Dr Nestman:** Je pense que les questions clés soulevées ce matin étaient premièrement à la croisée entre les secteurs privé et public et deuxièmement le rôle futur des hôpitaux de soins de courte durée. Je commencerai par la deuxième.

Nous ne savons vraiment pas ce que deviendra l'hôpital de soins de courte durée à l'avenir. Nous connaissons quelques tendances sur le plan mondial. Nous savons que le secteur des hôpitaux de soins de courte durée diminue dans tous les pays. Le nombre de lits se réduit. Il est maintenant question dans les milieux politiques d'avoir 1.4 à 1.5 lits par millier de personnes. Ces statistiques sont assez surprenantes.

Il n'est pas question de la nature des hôpitaux de soins de courte durée qui évolue assez rapidement. Nous savons maintenant que les hôpitaux diminuent pour de nombreuses raisons valables: cliniques, financières, sociales et opérationnelles. Nous savons que nous pouvons mieux soigner les gens en dehors de l'hôpital dans les services de consultations externes et dans les collectivités. Il existe une certaine impression que les efforts attribués au régime de soins de courte durée ne se traduit pas nécessairement par de bons résultats en termes de soins de santé.

La grande péréquation des années 70, 80 et 90 a été brisée. Nous savons tous que des fonds plus importants n'entraînent pas nécessairement un meilleur statut de la santé. Par conséquent, le rôle des soins hospitaliers de courte durée est réellement important parce qu'il prend pour action ce que les priorités devraient être dans les régions et les districts.

Quant à la croisée entre les secteurs privé et public, le commentaire a été exprimé que le secteur privé peut fournir des fonds additionnels pour le régime de soins de courte durée ou pour le régime de soins de première ligne parce qu'il augmente les budgets. Je pense que c'est une erreur parce que notre pays est toujours confronté à l'établissement de priorités. Notre budget de soins de santé est à la fois public et privé.

Si vous considérez ce que le président Clinton a essayé de mettre en place dans les années 90, il ne s'inquiétait pas que les budgets de santé de l'état devenaient disproportionnés, mais des budgets privés. Il recevait des plaintes d'entreprises comme General Motors, IBM et Apple qui disaient: «Cela revient à



Private health care services are getting out of control." A country has to control not only the public side, but also the private side.

I look on this idea of increasing money from the private sector as a bit of cost shifting and a bit of a fallacy, because the larger the total amount of health care dollars, the less money you have for other priorities in your economy, such as education, welfare and social services. These are currently being crowded dramatically.

**Senator Robertson:** Thank you very much for that. That is very helpful. You mentioned something about the regional centres or regional concept, I think, in Nova Scotia. I did not quite figure out, Dr. Nestman, whether you approved of the regional concept or not. Would you clarify that for me?

**Dr. Nestman:** Clearly, I do approve of the regional concept.

**Senator Robertson:** Good.

**Dr. Nestman:** I have some questions about why, in our province, we moved from four to nine regions. It does not make sense to me. One thing I learned in Europe, each region has to have a certain catchment area in order to hire appropriate staff, have good clinical programs, and sufficient volume to enhance quality.

I question whether some of our regions in Canada are large enough to do that, but I certainly approve of regionalization. I think it is bringing forth more-encompassing policy at the regional level. However, it has some pitfalls and one is the accountability issue with the ministries of health.

**Senator Robertson:** Have you written anything on that that might be helpful to the committee?

**Dr. Nestman:** Yes, I have. A couple of articles are mentioned in my bibliography of references.

**Senator Robertson:** Good. We will get to those.

**Dr. Nestman:** I can make copies of those available if you would like.

**Senator Robertson:** That would be very helpful.

**Dr. Kenny:** I see that you are in the Department of Bioethics. When you ask people who are involved in bioethics what it is, you sometimes get different answers. How do you define "bioethics"?

**Dr. Kenny:** Bioethics is a particular understanding of ethics that brings the discipline of philosophy to assist in making value-laden decisions. It is about the right and the good. It is a practical discipline. Bioethics is ethics in the realm of the biosphere, human biology. It is actually broader than human health, but most people use it in that context.

tellement cher pour nous de fabriquer des ordinateurs, de fabriquer des automobiles. Les services de soins de santé privés deviennent beaucoup trop onéreux». Un pays doit contrôler non seulement l'aspect public, mais également l'aspect privé.

Je considère cette idée d'augmenter les fonds du secteur privé un peu comme un transfert des coûts et un peu comme une erreur parce que plus le montant des dollars dépensés pour les soins de santé est élevé, moins vous avez de capitaux pour les autres priorités de l'économie telles que l'éducation, les services d'aide sociale et sociaux. Ceux-ci sont particulièrement encombrés à l'heure actuelle.

**Le sénateur Robertson:** Merci beaucoup de vos commentaires. Cela est très utile. Vous avez fait mention des centres régionaux ou de concept régional en Nouvelle-Écosse, je crois. Je n'ai pas très bien compris, docteur Nestman, si vous approuvez le concept régional ou non. Pourriez-vous préciser ce point pour moi?

**Le Dr Nestman:** J'approuve clairement le concept régional.

**Le sénateur Robertson:** Bien.

**Le Dr Nestman:** J'ai des questions sur les raisons pour lesquelles nous sommes passés de quatre régions à neuf dans notre province. Cela n'a aucun sens selon moi. Une chose que j'ai appris en Europe c'est que chaque région doit posséder une certaine circonscription hospitalière afin de recruter un personnel adéquat, d'avoir de bons programmes cliniques et un volume suffisant pour améliorer la qualité.

Je doute que certaines de nos régions au Canada soient suffisamment grandes à ce titre, mais j'approuve sans aucun doute la régionalisation. Je pense qu'elle entraîne une politique plus complète au niveau régional. Toutefois, il y a certains pièges et l'un d'entre eux est la question de la responsabilité envers les ministères de la Santé.

**Le sénateur Robertson:** Avez-vous écrit un article à ce sujet qui puisse aider le comité?

**Le Dr Nestman:** Oui. Deux articles sont mentionnés dans ma bibliographie de références.

**Le sénateur Robertson:** Bien. Nous les consulterons.

**Le Dr Nestman:** Si vous le souhaitez, je peux faire des photocopies de ceux disponibles.

**Le sénateur Robertson:** Ce serait très utile.

Docteur Kenny, je vois que vous travaillez dans le service de bioéthique. Lorsque vous demandez aux personnes travaillant dans la bioéthique ce que c'est, vous obtenez parfois des réponses différentes. Comment définissez-vous la «bioéthique»?

**La Dre Kenny:** La bioéthique est une compréhension particulière de l'éthique qui implique la discipline de la philosophie pour aider à prendre des décisions de valeur. C'est une question de déterminer ce qui est juste et bon. La bioéthique et l'éthique dans le domaine de la biosphère, la biologie humaine. Cela va également au-delà de la santé humaine, mais la majorité des gens l'utilisent dans ce contexte.

It asks how, in a pluralistic society, do you lay out the values, the issues and the interests at stake when making a decision about the right and the good, generally about an individual patient situation. Then, how do you assist the relevant parties in establishing some kind of priority, so that if there are competing goods or competing harms, you make your choices in a responsible way.

**Senator Robertson:** Who determines what is right and good and what is not? Do we have a national code, or something similar in Canada that gives guidance on bioethics?

**Dr. Kenny:** The nature of modern bioethics is that we can no longer, in pluralistic societies, use assumptions about formal, religious-based ethics. It is a discipline of philosophy precisely because it is attempting to discuss the issue from the perspective of rational principles, called "prima facie" principles by philosophers. On the face of it, everybody can agree, for example, that respect for the person of the patient is a primary consideration. The Hippocratic tradition directs us to always employ science and technology to the benefit of the patient, using justice and fairness. There are some *prima facie* principles.

Many of my colleagues do ethical problem solving, in which they attempt to lay out, when there is a lack of agreement on what is the right thing to do for a patient, the issues or values at stake and get them on the table, so that through the discussion, they can get some sense of what they believe should be done.

Clearly, the reflection might, in fact, show that the values at stake are in competition. They are in conflict. That is an ethical conflict. If that occurs, then we would move to the lowest level of ethics, which is the law — the law as it is formally understood. I am not making a derogatory or pejorative comment. This is properly so. The law is the lowest level at which society will agree on understandings of the good if we cannot agree among ourselves.

When I chaired the values committee of the Prime Minister's National Forum on Health, we actually looked at whether we should recommend for Canada something like the American National Bioethics Advisory Committee. We actually contracted that work out and received a nice analysis. That work was done five years ago.

**The Chairman:** Yes. 1996.

**Dr. Kenny:** At that time, we were unsure whether, at that level of general oversight of health policy, we had either the capacity or the knowledge to deal with bioethics policy writ large.

However, there are specific issues, like reproductive issues, where recommendations for national oversight are absolutely correct. I did not get to say a lot about your report. As to what you say about research oversight, I have just come off a new council of the Canadian Institutes of Health Research, and the federal initiatives to ensure national oversight for the protection of human subjects in research are absolutely needed.

Cela revient à poser la question de savoir comment définir, dans une société multiculturelle, les valeurs, les problèmes et les intérêts en jeu dans la prise de décision de ce qui est juste et bon, généralement concernant la situation d'un patient. Puis, comment vous aider les parties en question à établir une sorte de priorité afin de se battre pour ce qui est bon ou contre ce qui est mauvais, vous aites vos choix de manière responsable.

**Le sénateur Robertson:** Qui décide de ce qui est juste et bon et de ce qui ne l'est pas? Avons-nous un code national ou quelque chose de semblable au Canada qui sert de guide de bioéthique?

**La Dre Kenny:** De par la nature de la bioéthique moderne, nous ne pouvons plus dans les sociétés multiculturelles, utiliser des postulats sur une éthique formelle basée sur une religion. Il s'agit précisément d'une discipline de philosophie parce qu'il s'agit de débattre du problème selon des principes rationnels, nommés les principes «prima facie» par les philosophes. À première vue, tout le monde peut convenir, à titre d'exemple, que le respect du patient est un facteur primordial à prendre en compte. La tradition hippocratique nous invite à toujours utiliser la science et la technologie au profit du patient, en se basant sur la justice et l'équité. Ce sont des principes *prima facie*.

Bon nombre de mes collègues résolvent des problèmes d'ordre moral où ils essaient d'intervenir en cas d'absence d'entente sur ce qui est juste pour un patient, d'exposer les problèmes ou les valeurs en jeu afin qu'ils puissent se faire une idée par le biais de la discussion de ce qui devrait être fait.

Manifestement, la réflexion peut aboutir sur le fait que les valeurs en jeu se font concurrence. Il existe un conflit. C'est un conflit d'ordre moral. Si cela se produit, nous devons alors nous tourner vers le niveau le plus bas de l'éthique qui est la loi, dans son sens formel. Je ne fais pas de commentaires discréditants ou péjoratifs. C'est vraiment le cas. La loi est le niveau le plus bas auquel une société conviendra de compréhension du bien si nous n'y arrivons pas entre nous.

Lorsque je présidais les comités de valeur du Forum national de la santé du premier ministre, nous examinions si nous devions ou non recommander le Canada à quelque chose de semblable à l'American National Bioethics Advisory Committee. Nous avons en fait imparti cette tâche et reçu une bonne analyse. Ce travail fut réalisé voici cinq ans.

**Le président:** En 1996. Oui.

**La Dre Kenny:** À cette époque là, nous n'étions pas certains si nous avions la capacité ou la connaissance pour traiter d'assignation de politique de bioéthique.

Il y avait toutefois des questions précises tels que les problèmes de reproduction dont les recommandations de surveillance sur le plan national sont parfaitement correctes. Je n'ai pas eu l'occasion de beaucoup commenté votre rapport. En ce qui concerne ce que vous dite sur la surveillance de la recherche, je viens de participer à un nouveau comité des Instituts de recherche en santé du Canada et les initiatives fédérales pour assurer la supervision nationale sont absolument nécessaires.



There is much lack of clarity about interpreting guidelines in very problematic areas. Canada must establish that and I just wanted to commend you for that recommendation.

More generally, senator, lots of people call themselves "ethicists." I am a physician interested in ethics. To do it right requires a large number of people who are careful, analytic and respectful of different points of view. They are hard to come by.

**Senator Robertson:** We will get there eventually, though?

**Dr. Kenny:** Yes, absolutely.

**Senator LeBreton:** Professor Nestman, when I was listening to you speak about federal and provincial responsibilities, it reminded me — I may be dating myself — of an old Abbott and Costello movie, *Who's on First*, because it kind of illustrates the problem.

You talked about the numbers of ministers and deputy ministers of health. Certainly we have heard about that all over the country. I have asked people on all sides of the debate about Canada having someone like the Surgeon General in the United States to provide some continuity in public policy. What do you have to say about that? The question is addressed to all the witnesses.

**Dr. Nestman:** I think that is another model that could be entertained, because it does provide for, in the American system, very strong symbolic discussion and interaction with the public. It is perceived as having high integrity and providing factual information to the public. Also, health professionals in the United States have to reflect on what the Surgeon General says, because it comes from a very central source.

However, there are some other models that you could consider. The Germans use what they call "the wise councils." They appoint a council of wise people to look at health policy and come up with a consensus. The German health system is very consensus oriented.

In Finland, participation in community events related to health is very high. When I lived in Denmark, I was just astounded to see the kind of people who would go to community health meetings to discuss health policy. There are other models.

I chose this one here because I think we institutionalize a lot of federal and provincial meetings, and to me, that is where the meeting of the minds seems to be in our culture. However, the Surgeon General model is another that could be used, maybe even in conjunction.

**Senator LeBreton:** It seems to speak of a higher authority and to take the politics out of it.

L'interprétation des directives dans les domaines très problématiques prête vraiment à confusion. Le Canada doit établir une transparence et je dois vous féliciter pour cette recommandation.

D'un point de vue plus général, sénateur, de nombreuses personnes se donnent le titre d'«éthicien». Je suis un médecin intéressé par l'éthique. Pour bien le faire, il faut un grand nombre de personnes très vigilantes, douées de l'esprit d'analyse et respectueuses des points de vue différents. Elles sont difficiles à trouver.

**Le sénateur Robertson:** Mais nous y arriverons éventuellement, non?

**La Dre Kenny:** Oui, absolument.

**Le sénateur LeBreton:** Professeur Nestman, lorsque je vous entendais parler de responsabilités fédérales et provinciales, cela me rappelait — je me donne peut-être un âge — d'un vieux film d'Abbott and Costello *Who's on First?* parce qu'il illustre le problème en quelque sorte.

Vous parlez du nombre de ministres et de commissaires de la Santé. Nous en avons indubitablement entendu parler dans tout le pays. J'ai demandé à des gens de toutes les tendances de débattre sur la création d'un poste semblable au Surgeon General des États-Unis au Canada pour offrir une certaine cohérence de la politique publique. Qu'avez-vous à dire à ce sujet? La question s'adresse à tous les témoins.

**Le Dr Nestman:** Je pense qu'un autre modèle peut être entendu parce qu'il procure au régime américain des débats symboliques très puissants et une très forte interaction avec le public. Il est perçu comme procurer un haut niveau d'intégrité et des renseignements documentés au grand public. Les professionnels de la santé aux États Unis doivent réfléchir à ce qui dit le directeur du Service de santé publique parce que cela provient d'une réserve très centrale.

Il existe toutefois d'autres modèles dont vous pourriez tenir compte. Les Allemands utilisent ce qu'ils appellent les «conseils des sages». Ils nomment un conseil de sages pour examiner la politique sur la santé et adopter un consensus. Le régime de soins de santé allemand se concentre beaucoup sur le consensus.

En Finlande, la participation aux événements communautaires relatifs à la santé est très élevée. Lorsque je vivais au Danemark, j'étais stupéfait de voir le genre de personnes qui participaient aux réunions communautaires sur la santé pour débattre de la politique sur la santé. Il existe d'autres modèles.

J'ai choisi celui-ci parce que je pense que nous institutionnalisons de nombreuses assemblées fédérales et provinciales et, à mon avis, c'est l'endroit où se rencontrent les grands esprits dans notre culture. Toutefois, le directeur du Service de santé publique est un autre modèle qui pourrait être utilisé, peut-être même conjointement.

**Le sénateur LeBreton:** Il semble prescrire une autorité supérieure et éliminer la politique de ce domaine.

**Dr. Kenny:** I would say that my understanding of the operation of the Surgeon General is that he or she functions generally as a definitive authority when there is a clinical policy issue.

I would love to think more about what Mr. Nestman was proposing, because it was more at the level of policy coherence between federal and provincial governments writ large, not specifically what do we do in the face of anthrax for particular patients or smallpox or whatever.

If you look at page 2 of my submission, I say almost exactly what Mr. Nestman said. At the top of the page, I talk about federal-provincial bickering, and on the bottom I say, and with great respect, "An important comment you make in Chapter 6 is that political considerations have interfered with or overturned evidence-based policy decisions in other countries." Your report suggests that because all major parties in Canada support the fundamental principles of the Canada Health Act, that kind of direction is unlikely.

In fact, a major issue that needs to be addressed is the way in which political processes have interfered with long-term, evidence-based policy. Please understand that this is a non-partisan comment.

We have in fact seen politics interfere with policy. It is one of the reasons we are inefficient. Policy requires a long vision. We have parties — party "A" coming in, overturning what party "B" spent three years developing; party "B" coming in, overturning what party "D" put in place. That is the frustration across the country.

Then there is turnover of the senior officials in the ministry because they are thought to be the other party's stooges. In my experience as a doctor, it drove me crazy to be inside, not quite as a civil servant — it was an order in council appointment — because I had to decide what was right. I consulted. I was willing to bear the responsibility if I made a mistake, but I had the authority to go ahead.

You stand there saying, "Well, all the evidence says do this. What do you think should be done?" The pressure on ministers and deputies in portfolios like health is phenomenal. Think of the paradox. At the clinical practice level, we talk about evidence. Show the evidence. What is the evidence? At policy level, we have made changes just like that. Every party in this country is guilty of that.

If there are fundamental value differences among political parties, then put them on the table and make us choose. I assure you, that is generally not what is at stake. It is more a case of, "I have to show you that I am in power now." Therefore, I throw out your policy, it takes three more years to get a new one started, and a year later, it is off the rails. That is the reality of public policy.

**La Dre Kenny:** J'aimerais dire que ma compréhension du rôle du directeur du Service de santé publique est qu'il(elle) agit généralement en qualité d'autorité suprême en cas de conflit de politique clinique.

J'aimerais beaucoup réfléchir davantage à la proposition de M. Nestman parce qu'il s'agit davantage de consistance des politiques entre les gouvernements fédéral et provinciaux et non pas en particulier de la façon dont nous réagissons à la menace d'anthrax pour certains patients ou à la variole ou à une maladie quelconque.

Si vous vous reportez à la page 2 de ma soumission, je dis presque la même chose que ce dont parlait M. Nestman. Je parle en début de page d'attrapade fédérale-provinciale et en bas je dis, et avec grand respect: «Un commentaire important que vous faites dans le chapitre 6 est que les considérations politiques ont interféré avec les décisions politiques axées sur les signes rejetés dans d'autres pays». Votre rapport suggère qu'étant donné que tous les partis principaux du Canada soutiennent les principes fondamentaux de la Loi canadienne sur la santé, cette direction est très probable.

En fait, un problème majeur devant être examiné est la manière dont les procédures politiques ont interféré avec la politique axée sur les signes à long terme. Soyez assuré qu'il ne s'agit pas d'un commentaire tendancieux.

En réalité, nous avons vu des faux-fuyants politiques interférés avec des politiques. C'est une des raisons pour lesquelles nous sommes inefficaces. La politique nécessite une vision à long terme. Nous avons des partis — le parti «A» arrive pour renverser ce que le parti «B» a mis trois ans à bâtir; le parti «B» arrivant et renversant ce que le parti «D» a mis sur pied. C'est la frustration dans tout le pays.

Puis il y a le roulement des hauts fonctionnaires du ministère parce qu'ils sont présumés être les mouchards de l'autre partie. Dans le cadre de mon expérience en qualité de médecin, cela m'a rendu fou de me trouver en plein milieu, pas tout à fait en tant qu'agent de la Couronne — c'était un ordre dans la nomination du conseil — parce que je devais décider ce qui était juste. On me demandait conseil. J'étais prêt à assumer la responsabilité si je faisais une erreur, mais j'avais l'autorité de continuer.

Vous vous tenez là en vous disant: «Tous les signes disent fait ceci. Que pensez-vous qu'il fasse faire?» La pression sur les ministres et les commissaires de portefeuille tel que la santé est phénoménale. Réfléchissez au paradoxe. Sur le plan de la pratique clinique, nous parlons de signes. Montrez les signes. Que sont les signes? Sur le plan politique, nous avons apporté des changements comparables. Tout parti dans ce pays en est coupable.

S'il existe des différences de valeur fondamentales entre les partis politiques, alors mettez-les sur la table et laissez-nous choisir. Je vous assure que ce n'est généralement pas l'enjeu. Il s'agit davantage de «Je dois vous montrer que c'est moi qui détiens le pouvoir maintenant». Par conséquent, je jette votre politique, cela prend trois ans de plus pour en commencer une nouvelle et un an plus tard, elle sort de l'aiguillage. Voici la réalité de la politique gouvernementale.



**Senator LeBreton:** I have a question on the issue of mental health. You talked about primary care and early interventions. I think the one area where we are sadly lacking is in early intervention in the education system.

I do not know how this would impact on the health care system, but guidance counsellors, teachers in our schools, and particularly in the primary schools, could probably channel some potentially very serious cases into proper care. Have you any thoughts on recommendations or suggestions that we might include in our final report?

**Dr. Kusumakar:** When I first came to Nova Scotia nine years ago, one of my passions was to begin a school-based intervention program. Using research funds, we "adopted" four schools, a senior high school and three junior high schools, where every year, we conducted mental health surveys, education in early identification for educators, and actually put in nurses to triage young people and give them the opportunity to discuss a variety of topics, from health in a formal way to living and learning experiences.

We have clearly demonstrated the need in terms of the numbers of young people with mental illnesses. We have demonstrated the need in terms of the number of young people in distress. We have demonstrated the productivity of this kind of venture by showing how we actually reduced visits to the emergency room in that particular area.

However, we have not been able to convince either the institutional program or the province to make this a sustainable project and to extrapolate it to elsewhere. The real question is, where does the money come from? Here is a good example of what I would call "early intervention."

I think we really have to turn the paradigm on its head to be able to do that. We have to look at some long-term outcomes. For example, are the kids in these schools better off after five years of these interventions than kids who come to us six or seven years after they fall ill? I think the answer is yes. We have the evidence, but are we going to make policy on the basis of evidence?

**Senator Callbeck:** Mr. Nestman, you talk here about the per-capita basis of the CHST, and about how other things should be factored in, such as the status of health in each province, the number of seniors and so on. Further down the page, you recommend a clearly visible equalization component. I cannot see how all those factors add up to a clearly visible component.

**Dr. Nestman:** I feel that equalization pertinent to health care is very important socially, economically and politically across the country, and should be built into whatever new federal-provincial arrangement for transferring funds is arrived at.

**Le sénateur LeBreton:** J'ai une question sur le problème de la santé mentale. Vous avez parlé de soins de première ligne et d'interventions précoces. Je pense que le secteur où nous faisons preuve d'une grave déficience est l'intervention précoce dans le système éducatif.

Je ne sais pas comment cela se répercuterait sur le régime de soins de santé, mais les conseillers en orientation, les enseignants dans nos écoles, et en particulier les écoles primaires, pourraient probablement diriger certains cas présentant des risques très graves vers les soins adéquats. Avez-vous des recommandations ou des suggestions que nous pourrions inclure dans notre rapport final?

**Le Dr Kusumakar:** Lorsque je me suis installé en Nouvelle-Écosse voici neuf ans, une des mes passions était de commencer un programme d'intervention axé sur les écoles. À l'aide du financement de la recherche, nous avons «adopté» quatre écoles, une école secondaire de deuxième cycle et trois écoles secondaires de premier cycle où nous avons mené des sondages sur la santé mentale tous les ans, avons éduqué les enseignants en matière de dépistage précoce et avons réellement assigné des infirmières au triage des jeunes et pour leur donner l'occasion de parler de divers sujets, de la santé d'une manière formelle aux expériences de vie et d'éducation.

Nous avons clairement démontré le besoin en termes du nombre de jeunes atteints d'une maladie mentale. Nous avons démontré le besoin en termes de jeunes en détresse. Nous avons démontré la productivité de ce type de programme en prouvant combine nous avons réellement réduit le nombre de visites en salles d'urgence pour cette région particulière.

Cependant, nous avons réussi à convaincre ni le Programme institutionnel ni la province d'en faire un projet durable et de l'extrapoler partout ailleurs. La question réelle est d'où proviennent les fonds? Voici un bon exemple de ce que j'appellerai une «intervention précoce».

Je pense que nous devons être vraiment en mesure de renverser le paradigme pour être en mesure de faire cela. Nous devons observer certains des résultats à long terme. Par exemple, les enfants de ces écoles s'en sortent-ils mieux cinq ans après ces interventions que les enfants qui nous consultent six ou sept ans après être tombés malades? Je pense que la réponse est oui. Nous avons les signes mais allons-nous adopter une politique en fonction des signes?

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Nestman, vous parler ici de la base par habitant du TCSPS, et de la manière dont d'autres facteurs devraient être pris en compte, tel que le statut de la santé dans chaque province, le nombre de personnes âgées, et cetera. Vous recommandez plus loin sur la même page une composante très transparente de péréquation. Je ne comprends pas comment tous ces facteurs forment une composante très transparente.

**Le Dr Nestman:** Je pense qu'une péréquation pertinente des soins de santé est très importante sur le plan social, économique et politique à travers le pays et devrait être intégrée dans une entente de transfert de fonds entre le gouvernement fédéral et les provinces.

I am not a fan of the per-capita method. How can we distribute health, social services and education dollars based on that, when we know that the demographics are so different? Health status is so different. I am trying to get away from that and at least recognize that fiscal capacity issues should be considered in any new cost-sharing arrangement and should be visible, so Canadians can understand that poorer provinces are being helped by richer ones, thus contributing to a sense of solidarity in the country.

What should the other components be? Fiscal capacity is one, but I think population health and demographics are also important. I know that developing a cost-sharing agreement on that basis will be complex. However, I think it will be very difficult for us to continue with the per-capita method, treating all provinces the same. The provinces are just too different in many ways.

I am well aware of the discussion in your report, including Tom Kent's views, Monique Bégin's views, and those of the Canadian council. My own sense is that the drivers of education, health, social services and welfare, and the outcomes that you would want to measure and put into a cost-sharing agreement, are quite different. I am leaning more to the kind of arrangement that the Canadian council brought up.

I also feel the same way about pharmacare and home care. Where should they fit in? I have some difficulties with including them all. I know Tom Kent's views, that in the long run, they would not be efficient if you separated them out. However, home care, primary care and pharmacare are not really mature programs and do not have the momentum of the acute care hospital system. If you include them, is the money just going to be dragged back into the existing system?

I look at what the Germans have done. They have isolated their home care and nursing home programs from the main system, using separate funds. The Australians have gone with a separate program for pharmacare. That may be a good idea for a period of time. Maybe after 5 or 10 years, you would want to then pull them together.

Until those areas mature, particularly community services such as home care, they will not be able to complete. When decisions are made in the ministries of health, I am afraid that things like public health and mental health are going to lose out. That is why I want to see them separated out for a time.

**Senator Callbeck:** That explains that. You said that Nova Scotia spends 5 per cent of its budget on health care. Is that high or low compared to other provinces?

Je ne suis pas un adepte de la méthode par habitant. Comment pouvons-nous distribuer les fonds de la santé, des services sociaux et de l'éducation sur cette base, lorsque nous savons que les données démographiques sont tellement différentes. J'essaie de m'éloigner de cela et de reconnaître au moins que les problèmes de capacité fiscale devraient être considérés comme une nouvelle entente de partage des coûts et devraient être transparents, afin que les Canadiens puissent comprendre que les provinces les plus pauvres sont aidées par les plus riches, ce qui contribuera donc à un sentiment de solidarité à travers le pays.

Quelles devraient être les autres composantes? La capacité fiscale en est une, mais je pense que la santé de la population et les données démographiques sont également importantes. Je sais que l'élaboration d'une entente de partage des coûts sur cette base sera compliquée. Toutefois, je pense qu'il nous sera très difficile de continuer avec la méthode par habitant, traitant toutes les provinces de la même manière. Les provinces sont tout simplement trop différentes sous divers aspects.

Je suis bien conscient des débats dans votre rapport, y compris les points de vue de Tom Kent, de Monique Bégin et du Conseil canadien. Mon propre point de vue est que les moteurs de l'éducation, de la santé, des services sociaux et d'aide sociale et les résultats que vous voudriez mesurer et intégrer à une entente de partage des coûts sont assez différents. Je me dirige plutôt vers le type d'entente que le Conseil canadien a suggéré.

J'ai également le même point de vue sur le régime d'assurance-médicaments et les soins à domicile. À quel niveau devrait-il se situer? J'ai quelques difficultés à tous les inclure. Je connais les points de vue de Tom Kent, selon lesquelles ils ne seraient pas efficaces à long terme si vous les séparez tous. Toutefois, les soins à domicile, les soins de première ligne et le régime d'assurance-médicaments ne sont pas réellement des programmes en régime de croisière et n'ont pas l'élan du régime hospitalier des soins de courte durée. Si vous les incluez, les fonds ne seront-ils pas tout simplement redirigés vers le régime actuel?

J'examine ce qu'ont mis en place les Allemands. Ils ont isolé leurs programmes de soins à domicile et de soins en maison de repos du régime principal, en utilisant des fonds séparés. Les Australiens ont adopté un programme autonome pour leur régime d'assurance-médicaments. C'est peut-être une bonne idée pour un certain temps. Après 5 ou 10 ans, vous souhaiterez peut-être les regrouper.

Jusqu'à ce que ces domaines atteignent une vitesse de croisière, et en particulier les services communautaires tels que les soins à domicile, ils ne seront pas en mesure de se concurrencer. Lorsque les décisions sont prises par les ministères de la Santé, je crains que les questions telles que la santé publique et la santé mentale ne soient pénalisées. C'est pour cette raison que je pense qu'il vaut mieux les séparer pendant un certain temps.

**Le sénateur Callbeck:** Cela explique ce fait. Vous avez dit que la Nouvelle-Écosse alloue 5 p. 100 de son budget aux soins de santé. Cela est-il faible ou élevé par rapport aux autres provinces?



**Dr. Kusumakar:** It is much lower than most other provinces. In fact, even among the Atlantic Provinces, P.E.I. does better than Nova Scotia.

**Senator Callbeck:** Yes, I thought so. Thank you.

**The Chairman:** Thank you all for coming. I just have two comments, one that I would like you to think about, Dr. Nestman, and let us know your conclusions. This probably reflects some 30-odd years of my own efforts in representing either Nova Scotia or the federal government in federal-provincial relations.

My concern with allowing only public servants to decide a lot of major health policy issues is that it lacks a certain element of "street smarts"; namely, there is a huge gap between public policymaking and knowing what goes on when you institute the policy. I would like you to reflect on whether it is possible to design a forum in which not only the policymakers participate, but also the people who have to implement the policy, because many times, we as policymakers think of smart things to do that do not in fact work out there on main street.

Finally, I have a comment for Dr. Kenny in relation to the article about political pathology in health care. Just to show you how little things change, 25 years ago, when I was teaching masters students in public administration, my opening lecture on the design of social policy was based on an article entitled "The Counterintuitive Effects of Most Social Policies," beginning with rent controls and going downhill from there. Political pathology in social policy has been with us for a long time, however frustrating that may be.

Thank you all for coming. It was extremely interesting.

The committee suspended its proceedings.

Upon resuming.

**Senator Michael Kirby** (*Chairman*) in the Chair.

**The Chairman:** Honourable senators, this afternoon we have with us as our first group of witnesses Georgia MacNeil, the Chairperson of Feminists for Just and Equitable Public Policy, Sharon Batt, the Chair of Women's Health and the Environment at Dalhousie and Maxine Barrett from the Nova Scotia Valley Caregivers Support Group. I know that Georgia MacNeil has to leave early, or at least by 2:30 p.m., I am told, so I will begin there.

I also should say on behalf of our colleague, Senator Pépin, she, unfortunately, cannot be with us today because she is having a minor medical problem. She treated herself, but she feels so strongly on a number of the issues related to women's health that she and I have talked about the fact that we will do something

**Le Dr Kusumakar:** C'est beaucoup moins élevé que la majorité des autres provinces. En fait, même parmi les provinces Atlantiques, l'Île-du-Prince-Édouard fait mieux que la Nouvelle-Écosse.

**Le sénateur Callbeck:** C'est ce que je pensais. Merci.

**Le président:** Je vous remercie tous pour votre présence. J'ai juste deux commentaires, un auquel j'aimerais que vous réfléchissiez, docteur Nestman, afin que vous puissiez nous faire part de vos conclusions. Cela reflète sans doute les 30 bizarres années de mes propres efforts pour représenter soit la Nouvelle-Écosse soit le gouvernement fédéral dans les relations entre le gouvernement fédéral et les provinces.

Mon inquiétude concernant le fait d'autoriser seulement les fonctionnaires à prendre des décisions sur de nombreux problèmes majeurs de la politique sur la santé est qu'il leur manque un certain élément de «débrouillardise»; à savoir le fossé entre l'élaboration des politiques et savoir ce qui se passe lorsque vous instituez la politique. J'aimerais que vous réfléchissiez à la possibilité de concevoir une tribune à laquelle participeraient non seulement les responsables des orientations politiques mais aussi les personnes chargées de la mise en œuvre de la politique, parce que bien souvent, nous les responsables des orientations politiques pensent à des choses intelligentes que ne fonctionnent tout simplement pas en pratique.

Enfin, j'ai un commentaire pour la Dre Kenny à propos de l'article sur la pathologie politique dans les soins de santé. Juste pour vous montrer à quel point les choses ne changent pas beaucoup. Il y a 25 ans, j'enseigne aux étudiants de maîtrise en administration publique. Mon cours d'introduction sur la conception de la politique sociale était fondé sur un article intitulé «The Counterintuitive Effects of Most Social Policies», débutant par le contrôle des loyers et descendant la liste. La pathologie politique en politique sociale est présente parmi nous depuis longtemps, tout aussi frustrante qu'elle soit.

Merci à vous tous pour votre présence. Ce fut extrêmement intéressant.

La séance est suspendue.

La séance reprend.

**Le sénateur Michael Kirby** (*président*) occupe le fauteuil.

**Le président:** Honorables sénateurs, cet après-midi nous accueillons notre premier groupe de témoins: Georgia MacNeil, présidente de Feminists for Just and Equitable Public Policy, Sharon Batt, présidente de Women's Health and the Environment à Dalhousie et Maxine Barrett, du Nova-Scotia Valley Caregivers Support Group. Je sais que Georgia MacNeil doit quitter tôt, ou du moins avant 14 h 30, d'après ce que l'on me dit et je commencerai donc par ce groupe.

Je dois également dire au nom de notre collègue, le sénateur Pépin, qu'elle ne peut malheureusement pas être parmi nous aujourd'hui en raison d'un petit ennui d'ordre médical. Elle s'est soignée, mais il y a plusieurs questions relatives à la santé des femmes qui lui tiennent tellement à cœur que nous avons

more on that issue come the beginning of the year. Anyway, I do extend her apologies to you.

**Ms Georgia MacNeil, Chairperson, Feminists for Just and Equitable Public Policy:** Thank you very much. I am very happy to be here.

Feminists for Just and Equitable Public Policy, FEMJEPP, is a coalition of 29 community-based equality seeking women's groups. Many of these groups are service-providing agencies and others are membership organizations. Most of the service agencies deal with women in poverty. That is really our focus and that is the lens through which we look at your discussion paper.

I want to touch on two of the roles outlined in the "Issues and Options" paper. The first is the finance role. We certainly agree that adequate and stable funding for the health care system is essential. We do not, however, support a user fee in any form. We feel that there are savings that can be made in other areas of the health care system that will allow for reallocation of health dollars.

For example, the primary care system uses very expensive personnel to provide basic services. We feel that nurse practitioner programs should be expanded and nurse practitioners should be considered as key members of a multi-disciplinary primary health care team.

The other measure we consider to be an effective health care strategy and a big money saver would be to extend public health care coverage to include the services of homeopaths, naturopaths, and acupuncturists. The services these practitioners provide are cost effective and they are effective in terms of treating ailments. We believe that savings can be made by making them an integral part of a health care team so that the more expensive physicians and tertiary care organizations are available because the pressure would be relieved by these other caregivers.

We also agree that timely access to all medical services is a very important objective. Services should also, though, be culturally appropriate and available with translation, or in the language of a person's choice. There are many people in larger cities, many immigrants and refugees and many francophones in non-francophone areas who have trouble receiving services in their language of preference.

The other point I want to make on this is that geographical accessibility is extremely important. Rationalization and regionalization may seem to be cost effective from a larger perspective. However, many people have great difficulty accessing services where they have to travel. Something must be done to ensure that there is transportation support or that services are available in smaller areas so that people do not have to travel.

parlé, elle et moi, que nous allions faire quelque chose à ce sujet dès la nouvelle année. Quoi qu'il en soit, je vous transmets ses excuses.

**Mme Georgia MacNeil, présidente, Feminists for Just and Equitable Public Policy:** Merci beaucoup, je suis très heureuse d'être parmi vous.

Feminists for Just and Equitable Public Policy, FEMJEPP, est une coalition de 29 groupes communautaires de femmes qui recherchent l'égalité. Un grand nombre de ces groupes sont des organismes de prestation de services et les autres sont des associations mutuelles. La plupart des organismes de prestation de services traitent de questions liées à la pauvreté chez les femmes. C'est vraiment notre raison d'être et c'est sous cet angle que nous avons examiné votre document de travail.

J'aimerais aborder deux des rôles décrits dans le document «Questions et options». Je commencerai par celui des finances. Nous sommes tout à fait d'accord qu'un financement adéquat et stable du système de soins de santé est essentiel. Cependant, nous n'appuyons pas le ticket modérateur sous quelque forme que ce soit. Nous estimons qu'il est possible de réaliser des économies dans d'autres secteurs du système de soins de santé qui permettront de réaffecter l'argent consacré à la santé.

Par exemple, le système de soins primaires a recours à du personnel très dispendieux pour prodiguer des services de base. Nous estimons que l'on devrait élargir les programmes d'infirmières praticiennes et que ces dernières devraient être considérées comme des membres importants de l'équipe multidisciplinaire des soins de santé primaires.

L'autre mesure que nous considérons une stratégie efficace en matière de soins de santé et une grande source d'économies serait d'élargir le régime public d'assurance médicale de façon à y inclure les services d'homéopathes, de naturopathes et d'acupuncteurs. Les services fournis par ces praticiens sont économiques en plus d'être efficaces pour traiter des malaises. Nous croyons que leur intégration à l'équipe des soins de santé peut engendrer des économies. Ainsi, ces autres prestataires de soins dégageraient les médecins et les organismes de soins tertiaires dont les services sont plus dispendieux.

Nous convenons également qu'un accès opportun à tous les services médicaux est un objectif très important. Toutefois, les services devraient aussi être appropriés sur le plan culturel et offerts avec traduction ou dans la langue de choix d'une personne. Dans les grandes villes, il y a de nombreuses personnes, beaucoup d'immigrants et de réfugiés ainsi que de nombreux francophones dans des régions non francophones qui ont de la difficulté à recevoir des services dans la langue de leur choix.

L'autre point que j'aimerais souligner à cet égard est que l'accessibilité géographique est un aspect extrêmement important. D'un point de vue plus large, la rationalisation et la régionalisation peuvent sembler efficaces sur le plan des coûts. Cependant, bien des personnes ont énormément de difficultés à avoir accès aux services dans les endroits où ils se rendent. Il faut agir pour faire en sorte d'offrir du soutien à ceux qui voyagent ou d'offrir des services dans les régions plus petites afin que les gens n'aient pas à se déplacer.



Concerning financial hardship, certainly, the health care system should be there for people who need it. We find, with the women with whom we work and to whom we provide service whether they are single mothers, welfare recipients, seniors, disabled, or people who simply do not have access to extended health care insurance, that many are made poor by the cost of special health care needs and drugs.

There must be a pharmacare system to address these problems and there must be access to special health care services such as physiotherapy. As an example, one of our clients was told that she needed to see a physiotherapist. She had quite a debilitating problem. She was told that she could be put on a waiting list and wait a year to see a publicly-funded physiotherapist at a hospital or she could pay for that herself. She was not able to pay for it herself, so she spent a year on a waiting list and the condition got worse and worse. I do not think that is acceptable in the third millennium in Canada.

The other role we want to talk about, and where our work lies primarily, is the population health role. Because our work deals primarily with poverty, we were very glad to see the analysis presented in the "Issues and Options" section. You certainly have recognized that population health and poverty as a determinant of health is a very complex issue.

Certainly, the policy areas that impact on poverty and subsequently on health are not necessarily within the health care system. We, therefore, feel that the only effective way to develop population health strategies that work is to take an integrated approach. By an integrated approach I mean that the federal government should work across its departments to ensure that policies are consistent with promoting the health of individuals. Health Canada may have policies that promote health, but other departments may have conflicting policies or impede access to health. As well, integration has to happen between the federal and the provincial levels. People continually fall within the gaps of jurisdictions.

Finally, a point of integration that we see as being extremely important addresses a question that Mr. Kirby raised in the final presentation this morning. We feel that those who are affected most by a policy absolutely have to be part of identifying the problems and developing effective and workable solutions. That is what FEMJEPP works for.

I would like to leave you with two examples of projects that are attempting to bring first-voice participation to policy development. The first one is called The PATH Project, which stands for People Assessing Their Health Project. This is a health promotion project that is based on the idea that people know a lot about what makes them healthy and that people at the community

Pour ce qui est des difficultés financières, le système de soins de santé devrait certainement être disponible pour les personnes qui en ont besoin. Nous constatons, dans le cas des femmes avec lesquelles nous travaillons et à qui nous fournissons des services, qu'il s'agisse de mères seules, de bénéficiaires de l'aide sociale, de personnes âgées, de personnes handicapées ou de personnes qui n'ont tout simplement pas accès à un régime d'assurance médicale complémentaire, nous constatons donc qu'un grand nombre de ces personnes s'appauvrissent en raison du coût des médicaments et des besoins en matière de soins de santé spéciaux.

On doit pouvoir compter sur un régime d'assurance-médicaments pour régler ces problèmes et on doit pouvoir avoir accès à des services de soins de santé spéciaux tels que la physiothérapie. À titre d'exemple, une de nos clientes s'est fait dire qu'elle devait consulter un physiothérapeute. Elle souffrait d'un problème débilisant. On lui a dit qu'elle pouvait inscrire son nom sur une liste d'attente et attendre un an avant de voir le physiothérapeute du secteur public à l'hôpital, ou qu'elle pouvait payer pour ce service. Elle n'avait pas les moyens de sorte qu'elle a attendu une année sur une liste d'attente et que sa condition n'a cessé de se détériorer. Je ne crois pas que ce soit acceptable au Canada, en ce troisième millénaire.

L'autre rôle que nous voulons aborder, et c'est notre sphère d'activité, c'est celui de la santé de la population. Étant donné que notre travail porte principalement sur la pauvreté, nous sommes heureuses de voir l'analyse présentée dans la section «Questions et options». Vous vous êtes certainement rendu compte que la pauvreté et la santé de la population en tant que déterminant de la santé est une question très complexe.

De toute évidence, les secteurs stratégiques qui ont une incidence sur la pauvreté et, ultérieurement, sur la santé, ne relèvent pas nécessairement du système de soins de santé. Par conséquent, nous estimons que le seul mécanisme efficace pour élaborer des stratégies efficaces en matière de santé de la population est d'adopter une approche intégrée. Par cela, je veux dire que le gouvernement fédéral devrait s'assurer que les politiques de tous ses ministères sont uniformes pour promouvoir la santé des particuliers. Santé Canada a peut-être des politiques visant la promotion de la santé, mais d'autres ministères ont peut-être des politiques conflictuelles ou des politiques qui gênent l'accès à la santé. En outre, l'intégration doit se faire entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Il y a continuellement des gens qui tombent entre les mailles des diverses compétences.

Enfin, un point d'intégration que nous jugeons extrêmement important porte sur une question soulevée par M. Kirby dans le dernier exposé ce matin. Selon nous, les personnes les plus touchées par une politique doivent absolument participer à l'identification des problèmes et à l'élaboration de solutions efficaces et pratiques. Voilà ce à quoi s'emploie FEMJEPP.

En terminant, j'aimerais vous donner deux exemples de projets qui cherchent à intégrer cette participation à l'élaboration de politiques. Le premier projet s'intitule The PATH Project, c'est-à-dire un projet de personnes qui évaluent leur projet de santé. Il s'agit d'un projet de promotion de la santé qui est axé sur la notion voulant que les gens en savent beaucoup sur ce qui les

level should be involved in planning and decision making about policies and programs that affect them.

This project is co-sponsored by the Antigonish Women's Resource Centre, the Extension Department of St. Francis Xavier University, Public Health Services, Eastern Region, and the Antigonish Town and County Community Health Board. You will notice that there is already a lot of integration and collaboration going on at different levels within this project. The project is funded by Health Canada's Remote and Rural Health Services fund.

The main activity of this project is the development of a community health impact assessment tool that will become a resource to assess the effect of various policies and programs on the health of a particular community. It examines the broad spectrum of factors that determine health, which includes things like income, education and physical environment in addition to health services.

The project will also research health indicators that will be valuable down the line for measuring changes in health status in the community. The project, like many others, aims to provide opportunities for the public and policy makers to come together to bring healthy communities.

As Senator Kirby stated in his earlier comment this morning, it is very difficult to make effective and workable policies from "up there" because each community is unique. Each community has its own mix of resources. People know what they need and they can probably give you a more cost effective solution than you can come up with in Ottawa.

An example I will discuss is one that FEMJEPP itself has been working on for the last year or so. We have been working with our constituents — and that means the clients of the service agencies and the wider women's community across Nova Scotia — to develop a critical analysis of women's poverty. It is obviously true that current policies do not facilitate women's economic independence. They keep women in poverty and that has long-term consequences for the health of women, their children, and the communities. It is important to try to break out of this narrow mindset that perhaps is making this happen.

Currently we are developing an integrated policy framework that will provide a perspective on the linkages between the different policy areas and sectors that impact on women's economic independence. As part of that tool, we are also developing a participatory impact assessment process that will involve first-voice participation in the analysis and the identification of policy options that work. We would be very happy to share our findings with the committee when we get through that project.

**Ms Maxine Barrett, Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:** I represent the Valley Caregivers Support Group in rural Nova Scotia. I would like to start by telling you a little bit about a caregiver. How does one become a caregiver? If a family member becomes ill, you become a caregiver. You take on the job without

garde en santé et que les gens au niveau communautaire devraient participer à la planification et à la prise de décisions concernant les politiques et les programmes qui les touchent.

Ce projet est coparrainé par le Women's Resource Centre d'Antigonish, le département de l'enseignement postsecondaire de l'Université St. Francis Xavier, les services de la santé publique, région de l'Est, et le Antigonish Town and Country Health Board. Vous constaterez qu'il y a déjà beaucoup d'intégration et de collaboration à différents niveaux dans le cadre de ce projet. Le projet est financé par le fonds des services de santé pour les régions rurales et éloignées de Santé Canada.

La principale activité dans le cadre de ce projet est la mise au point d'un outil d'évaluation des répercussions sur la santé communautaire qui deviendra une ressource permettant d'évaluer l'incidence de diverses politiques et de divers programmes sur la santé d'une communauté donnée. Il examine le large éventail de facteurs qui déterminent la santé, ce qui comprend des aspects comme le revenu, l'éducation et l'environnement physique, en plus des services de santé.

On fera également des recherches sur les indicateurs de santé qui seront précieuses plus tard pour mesurer les changements survenus dans l'état de santé de la collectivité. Le projet, comme de nombreux autres, vise à créer des occasions pour le public et les décideurs de produire ensemble des collectivités en santé.

Comme l'a dit le sénateur Kirby dans une observation qu'il a faite plus tôt ce matin, il est très difficile de prendre des politiques efficaces et pratiques «de là-bas» parce que chaque collectivité est unique. Chaque collectivité a son propre agencement de ressources. Les gens savent ce dont ils ont besoin et ils peuvent probablement vous offrir une solution plus efficace sur le plan des coûts que vous pouvez le faire à Ottawa.

Je vous donnerai un exemple auquel FEMJEPP se consacre depuis environ un an. Nous collaborons avec les clients des organismes de prestation de services et l'ensemble des femmes de la Nouvelle-Écosse à l'élaboration d'une analyse critique de la pauvreté chez les femmes. Cela saute aux yeux que les politiques actuelles ne facilitent pas l'indépendance financière des femmes. Elles maintiennent les femmes dans la pauvreté, ce qui a des conséquences à long terme sur la santé des femmes, de leurs enfants et de leurs collectivités. Il faut absolument mettre fin à cette attitude étroite qui en est peut-être la cause.

À l'heure actuelle, nous sommes en train d'élaborer un cadre stratégique intégré qui donnera une perspective sur les liens entre les différents secteurs de politique et ceux qui influent sur l'indépendance financière des femmes. Toujours en rapport avec cet outil, nous élaborons aussi un processus d'évaluation d'impact participatif qui fera intervenir une participation directe dans l'analyse et la détermination d'options de politique qui fonctionnent. Nous serions très heureuses de communiquer nos résultats au Comité lorsque nous aurons terminé le projet.

**Mme Maxine Barrett, Nova Scotia Valley Caregivers Support Group de Nouvelle-Écosse:** Je représente le Valley Caregivers Support Group des régions rurales de Nouvelle-Écosse. J'aimerais d'abord commencer par vous dire quelques mots sur ce qu'est un fournisseur de soins. Comment



pay, without training, and often without support. The job can last weeks, months, or years. For me, it was 15 years. You live in isolation, lose friends, have little or no social life and ongoing stress becomes an intricate part of your life. If you permit caregiving to become all-consuming, you can lose your identity.

Thousands of Nova Scotians selflessly provide care for family or friends who are mentally or physically challenged, chronically ill, frail, or elderly. By providing care at home, these caregivers collectively provide an urgently needed service, which saves taxpayers millions of dollars. Many caregivers experience serious health problems due to caregiving. I know of two caregivers in Nova Scotia who died leaving behind a family member who still needed care.

With the increased number of seniors requiring assistance at home, primary caregivers are a valuable link in the health care chain and they need support. If you neglect the caregiver, you will end up with two people who are ill and who will become a strain on the health care system. The long hours of emotionally demanding work seem to be poorly understood and grossly undervalued.

Concerning admission to nursing homes in Nova Scotia and beyond, the Valley Caregivers Support Group has been in existence for seven years, in part, to help members cope with the sometimes unbearable stress of caregiving. A major source of this stress for a number of caregivers arises with the decision to place a family member in a nursing home. This decision is usually deferred until well beyond the limit of endurance, when the caregiver and the family member are in a highly vulnerable position. That is the moment when the family must face the cold, hard facts about admission to a nursing home facility. The impact of this decision can be overwhelming.

The group, therefore, decided to inquire into the admission policies of other provinces and territories as well as Nova Scotia. We approached Dalhousie University and Assistant Professor Robin Stadnyk, of the School of Occupational Therapy, undertook to do the research. The project has been expanded to study the impact of different funding models on families and members being placed.

Concerning Nova Scotia policies and practices, effective April 1, 2001, all applicants for admission to any licensed nursing home in this province must go through a Single Entry Access procedure, whether or not they can pay the full cost of care. It involves complete disclosure of all income and assets of the applicant as well as of the spouse. Any transfer of property or

devient-on fournisseur de soins? Si un membre de la famille tombe malade, vous devenez un fournisseur de soins. Vous faites le travail sans rémunération, sans formation, et souvent sans soutien. C'est une tâche qui peut durer des semaines, des mois ou des années. Dans mon cas, ce fut quinze ans. Vous vivez en isolation, vous perdez vos amis, vous n'avez aucune vie sociale ou très peu et le stress continu devient une partie intégrante de votre vie. Si vous permettez à cette tâche de prendre toute la place, vous pouvez perdre votre identité.

Des milliers de Néo-Écossais prodiguent de façon désintéressée des soins à des membres de leur famille ou à des amis ayant une déficience intellectuelle ou physique, souffrant de maladies chroniques, fragiles ou âgés. Par ces soins à domicile, ces soignants fournissent collectivement un service dont on a un urgent besoin, qui fait économiser aux contribuables des millions de dollars. De nombreux soignants finissent par avoir de graves ennuis de santé du fait qu'ils fournissent des soins. Je connais deux soignants en Nouvelle-Écosse qui sont morts, laissant derrière eux un membre de la famille qui avait encore besoin de soins.

En raison du nombre accru de personnes âgées qui ont besoin d'aide à la maison, les prestataires de soins primaires sont un bien précieux dans la chaîne des soins de santé et ils ont besoin de soutien. Si vous négligez le soignant, vous finirez par avoir deux personnes malades qui vont exercer une pression supplémentaire sur le système de soins de santé. On semble mal comprendre et nettement sous-évaluer les longues heures que nécessite ce travail exigeant sur le plan émotif.

En ce qui concerne l'admission dans les maisons de soins infirmiers en Nouvelle-Écosse et au-delà, le Valley Caregivers Support Group existe depuis sept ans, en partie pour aider les membres à composer avec le stress parfois insoutenable de la prestation de soins. Pour plusieurs soignants, une importante source de ce stress découle de la décision de placer un membre de la famille dans une maison de soins infirmiers. Cette décision est parfois retardée bien au-delà de la limite d'endurance, au moment où le soignant et le membre de la famille sont dans une position extrêmement vulnérable. C'est à ce moment-là que la famille doit faire face à la dure réalité de l'admission dans une maison de soins infirmiers. L'incidence de cette décision peut être accablante.

Par conséquent, le groupe a décidé de se renseigner sur les politiques d'admission en vigueur dans les autres provinces et les territoires ainsi qu'ailleurs en Nouvelle-Écosse. Nous avons pressenti l'Université Dalhousie et Robin Stadnyk, professeur adjoint à l'École d'ergothérapie, a entrepris de faire la recherche. On a élargi la portée du projet pour étudier l'incidence de différents modèles de financement sur les familles et les membres ainsi placés.

Pour ce qui est des pratiques et des politiques en vigueur en Nouvelle-Écosse, depuis le 1<sup>er</sup> avril 2001 toutes les personnes qui demandent à être admises dans une maison de soins infirmiers autorisée de la province doivent se soumettre à la procédure Single Entry Access, peu importe si ces personnes soient ou non en mesure d'acquitter tous les coûts des soins. Dans le cadre de

money to a third party, even a child, within three years preceding the application must be disclosed.

Income includes private pensions, Canada Pension, Old Age Security, guaranteed supplements, income arising from annuities and any other regularly recurring income. Assets include the contents of all bank accounts, any property excluding the designated residence, RRSPs, GICs, shares, life insurance, boats and any other fixed or liquid assets.

The government wants total disclosure of your financial affairs with no guarantee of confidentiality. This is to ensure that citizens will fully fund the cost of care in any nursing home to the utmost extent of their ability. For the private payer, this does not include medicines, wheelchairs, ambulance fees and numerous other items. Before any government support is extended, all eligible income and assets, with the exception of the designated residence, must be applied to the cost of care.

For a married couple the combined income and assets, excluding the home, are eligible and half of their value must be applied to the cost of care. The impact of such costs on the spouse remaining at home, whose income is drastically reduced but whose expenses remain relatively unchanged, is devastating.

This procedure entails the most drastic means testing any citizen will encounter, and throughout the process there is no one to advise and direct the caregiver who finds herself or himself intimidated, humiliated, exhausted, guilt-ridden, emotionally drained, and in failing health. Often the caregiver is demoralized by the outcome. You can rent or sell your designated home but all net proceeds must be applied to your care if the title of your home is still in your name.

Spouses can rent or sell the designated home, but half of the income must be applied to the cost of care. They can transfer the home to another person as long as they do not receive value for it. If the title is put into another person's name, that person can sell the house and the money belongs to him or her.

We work hard to acquire our designated homes, but if we sell it for any reason, the government can lay claim to the proceeds with the stroke of a pen. What happened to our dream of leaving a little inheritance to our children? Rates are steadily increasing in nursing homes and some residents have been warned that all nursing homes will be directly impacted by the labour negotiations with nurses in Nova Scotia.

Evidence that nursing homes may have a different rate for residents who are fully funding their care is indicated in the Department of Health information document, "Nursing Homes, Homes for the Aged, General Information, Department of Health," March 2001, page five.

cette procédure, il faut divulguer tous les revenus et actifs du requérant ainsi que ceux du conjoint. Il faut également divulguer toute cession de bien ou d'argent à un tiers, même un enfant, dans les trois années qui ont précédé la demande.

Le revenu comprend les pensions privées, les prestations du Régime de pensions du Canada, la sécurité de la vieillesse, les suppléments garantis, le revenu de rentes ou tous les autres revenus réguliers. Les biens comprennent tous les montants en banque, tous les biens immobiliers à l'exclusion de la résidence désignée, les REER, les CPG, les actions, l'assurance-vie, les embarcations et tous les autres biens fixes ou liquides.

Le gouvernement veut une divulgation totale de vos finances sans garantie de confidentialité. Tout cela est fait pour s'assurer que les citoyens vont payer le maximum des coûts des soins dans une maison de soins infirmiers dans toute la mesure de leurs moyens. Dans le cas du payeur privé, cela n'inclut pas les médicaments, les fauteuils roulants, les frais d'ambulance et de nombreux autres articles. Avant qu'une aide financière du gouvernement soit donnée, tous les revenus et biens admissibles, à l'exception de la résidence désignée, doivent servir à payer le coût des soins.

Dans le cas d'un couple marié, les revenus et les biens combinés, à l'exclusion de la résidence, sont admissibles et la moitié de leur valeur doit servir à acquitter le coût des soins. L'incidence de ces coûts sur le conjoint qui reste à son domicile, dont le revenu est réduit de façon dramatique, mais dont les dépenses ne sont pratiquement pas changées, est dévastatrice.

Cette procédure fait appel à l'examen des moyens d'existence le plus rigoureux qu'il sera donné à un citoyen de rencontrer, et tout au long du processus, il n'y a personne pour conseiller et orienter le soignant qui se trouve intimidé, épuisé, culpabilisé, vidé sur le plan émotif, en plus de sa santé qui se détériore. Il arrive souvent que le soignant est démoralisé par le résultat. Vous pouvez louer ou vendre votre résidence désignée, mais tous les produits nets doivent s'appliquer aux soins si le titre de propriété de votre domicile est toujours à votre nom.

Les conjoints peuvent louer ou vendre la résidence désignée, mais la moitié du revenu doit être appliquée au coût des soins. Ils peuvent céder le domicile à une autre personne en autant qu'aucune valeur n'y soit rattachée. Si le titre est mis au nom de l'autre personne, cette personne peut vendre le domicile et l'argent lui appartient.

Nous travaillons fort pour acquérir notre résidence désignée, mais si nous la vendons pour une raison ou une autre, le gouvernement peut réclamer les produits d'un trait de plume. Qu'est-il advenu de notre rêve de laisser un petit héritage à nos enfants? Les tarifs ne cessent d'augmenter dans les maisons de soins infirmiers et certains résidents se sont fait dire que toutes les maisons de soins infirmiers seront directement touchées par les négociations de travail avec les infirmières de la Nouvelle-Écosse.

À la page 5 du document d'information du ministère de la Santé intitulé «Nursing Homes, Homes for the Aged, General Information, Department of Health» de mars 2001, on a la preuve que les maisons de soins infirmiers peuvent avoir un tarif différent pour les résidents qui paient entièrement leurs soins.



Are private, paying patients subsidizing government-funded care? For years, caregivers have been trying to shed the name "informal caregiver," but it is still being used by the Department of Health in its Single Entry Access. There is nothing informal about the 80 per cent care we give day in and day out. If the department really wants to label us, it can call us the "unpaid caregiver."

If we compare policies of other Canadian provinces and territories, families in the Maritime provinces are expected to contribute to the full cost of care and will be means tested for both income and assets, as described above for Nova Scotia. In Newfoundland the same policy direction exists as in the Maritimes up to a maximum that is currently set at \$2,900 per month. In Nova Scotia the cost can exceed \$4,500 per month. That brings the yearly cost for nursing home care to over \$50,000. In Alberta residents are not means tested. All persons pay an affordable price.

In contrast to the Atlantic provinces, other jurisdictions focus on recovering only the room and board portion and means testing is only done on income. The nursing care component is paid by the province, which is in keeping with the principles of universality in the health care system about which Canadians boast. Why are senior citizens in the Atlantic provinces being discriminated against?

Federal equalization grants are intended to ensure equal health and social services among all provinces. As citizens, we are entitled to the same treatment that exists in many other provinces: paying for room and board and being means tested on just our income. What a statement these policy directions make on the value that Maritime provinces place on the caregiver's contribution.

The federal-provincial-territorial Advisory Committee on Continuing Care, year 2000, conducted an extensive review on the continuing care system in Canada in order to bring a more coordinated policy focus on continuing care. It recommended action to reduce the inequity in personal contributions to the cost of nursing home care.

The focus on room and board cost is more in keeping with the spirit of the principle of universal health care. The Department of Health of the Province of Nova Scotia must address this issue. Our campaign for fairness will not be silenced.

References: Nova Scotia Department of Health, "Nursing Home, Home for the Aged," March 2001; "Nova Scotia Designation of Residence," question and answers, May 2000; "Preliminary Research Report on Nursing Homes Across

Est-ce que les patients privés, qui payent, subventionnent les soins financés par le gouvernement? Pendant des années, les soignants ont essayé de faire éliminer l'expression «soignant naturel», mais le ministère de la Santé continue de l'utiliser dans sa procédure Single Access Entry. Il n'y a rien de naturel dans les quelque 80 p. 100 des soins que nous prodiguons jour après jour. Si le ministère tient à nous étiqueter, il peut nous appeler les «soignants non rémunérés».

Si nous comparons les politiques qui ont cours dans les autres provinces et territoires du Canada, on attend des familles dans les provinces Maritimes qu'elles paient la totalité du coût des soins et on procédera à un examen des moyens de subsistance pour ce qui est du revenu et des biens, comme on l'a décrit plus haut dans le cas de la Nouvelle-Écosse. À Terre-Neuve, on a la même orientation que dans les provinces Maritimes jusqu'à concurrence d'un maximum qui est actuellement de 2 900 \$ par mois. En Nouvelle-Écosse, le coût peut dépasser 4 500 \$ par mois. Cela porte le coût annuel pour des soins prodigués dans une maison de soins à plus de 50 000 \$. Pour leur part, les Albertains ne sont pas soumis à un examen des moyens de subsistance. Toutes les personnes paient un prix abordable.

Contrairement à ce qui se passe dans les provinces de l'Atlantique, d'autres provinces mettent l'accent sur la récupération uniquement des frais liés à la portion chambre et pension et l'examen des moyens d'existence ne porte que sur le revenu. La composante des soins infirmiers est payée par la province, ce qui est conforme aux principes de l'universalité du système de soins de santé dont les Canadiens sont si fiers. Pourquoi fait-on cette discrimination à l'endroit des citoyens âgés des provinces de l'Atlantique?

Les subventions de la péréquation fédérale sont censées faire en sorte qu'il y ait prestation égale de services sociaux et de santé dans toutes les provinces. En tant que citoyens, nous avons droit au même traitement que celui qui est donné dans de nombreuses autres provinces qui ne paient que pour la portion chambre et pension et qui ne procèdent à l'examen des moyens de subsistance qu'à l'égard du revenu. Ces orientations stratégiques en disent long sur la valeur qu'accordent les provinces maritimes à la contribution des soignants.

En 2000, le Comité consultatif fédéral-provincial et territorial sur les soins continus, a réalisé un examen exhaustif du système de soins continus au Canada afin de mettre en place une politique plus coordonnée axée sur les soins continus. Il recommandait que des mesures soient prises pour réduire l'iniquité dans les contributions personnelles aux coûts des soins prodigués dans les maisons de soins infirmiers.

L'accent sur la composante chambre et pension correspond davantage à l'esprit du principe des soins de santé universels. Le ministère de la Santé de la province de la Nouvelle-Écosse doit s'occuper de cette question. Notre campagne pour la justice ne demeurera pas silencieuse.

Références: ministère de la Santé de la Nouvelle-Ecosse, «Nursing Home, Home for the Aged», mars 2001, «Nova-Scotia Designation of Residence», questions et réponses, mai 2000, «Preliminary Research Report on Nursing Homes Across

Canada." February 2001, Robin Stadnyk, Assistant Professor of The School of Occupation Therapy, Dalhousie University.

**Ms Sharon Batt, Chair, Dalhousie University:** Senators, the Elizabeth May Chair was set up several years ago to promote debate and ensure that research results become integrated into public policy and in areas of women's health and the environment. I am here today because environmental degradation threatens the country's health in ways that our health policies must urgently address.

I will comment, particularly, on the issues of disease prevention and population health strategies. Another key area in the committee's interim report that I will address is the need to shift resources from treatment to prevention.

Hardly a day goes by without a new story about health and the environment. I have pulled together a few examples from newspaper and radio reports in the past few months. On September 5th, the Director General of Health Canada's Product Safety Program warned that pharmaceutical drugs are accumulating in Canada's water system in concentrations that could affect human health.

I will point out that there are a number of aspects of health and the environment that are gender related. When we cut budgets to the public health, a disproportionate number of those jobs are women's jobs, including public health nurses and general practitioners. Women are poorer than men, and unhealthy environments favour the disadvantaged.

Research shows that environmental pollution impairs women's health in particular ways. These include the contamination of breast milk with fat-soluble chemicals, chemicals in the environment that mimic the female hormone estrogen, hormone-disrupting chemicals for which there is no safe dose.

If the fetus is exposed at critical points in its development to even minuscule amounts of these chemicals, they can cause reproductive cancers, sterility, and genital abnormalities. It has also been found that girls in Canada, as in other countries, are entering puberty several years sooner than they used to and plasticizer chemicals in the environment are suspect.

These health threats are an urgent call for preventive health with the focus on environmental contaminants and their effects on health. The committee has noted with justifiable pride that Canada was a world leader in the 1970s and 1980s in developing disease prevention strategies. I believe environmental health is an area where Canada could once again take the lead, but the government would have to show courage in confronting industry interests. The federal vision in the past decade has been one of partnership with

Canada». février 2001, Robin Stadnyk, professeur adjoint de l'École d'ergothérapie, Université Dalhousie.

**Mme Sharon Batt, présidente, Université Dalhousie:** Honorables sénateurs, la chaire Elizabeth May a été mise sur pied il y a plusieurs années pour promouvoir le débat et faire en sorte que les résultats de la recherche soient intégrés à la politique gouvernementale et aux domaines de la santé des femmes et de l'environnement. Je suis ici aujourd'hui parce que la détérioration de l'environnement menace la santé du pays et nos politiques en matière de santé doivent de toute urgence se pencher sur ce problème.

Je parlerai plus particulièrement des questions de prévention de la maladie et des stratégies en matière de santé de la population. J'aborderai également un autre secteur important du rapport provisoire du comité, à savoir la nécessité de déplacer des ressources du traitement à la prévention.

Il se passe à peine une journée où l'on n'entend pas une nouvelle histoire au sujet de la santé et de l'environnement. J'ai réuni quelques exemples tirés de reportages dans les journaux et à la radio ces derniers mois. Le 5 septembre, le directeur général du Programme de la sécurité des produits de Santé Canada mettait en garde contre les médicaments qui s'accumulent dans le réseau d'aqueduc au Canada dans des concentrations qui pourraient affecter la santé humaine.

Je signalerai d'ailleurs qu'il y a plusieurs aspects de la santé et de l'environnement qui sont liés au sexe. Lorsque nous réduisons les budgets de la santé publique, un nombre disproportionné des emplois touchés sont occupés par des femmes, notamment les infirmières en santé publique et les infirmières praticiennes. Les femmes sont plus pauvres que les hommes et les environnements malsains frappent davantage les défavorisés.

Selon la recherche effectuée, la pollution de l'environnement nuit de façons particulières à la santé des femmes. On parle notamment de la contamination du lait maternel par des produits chimiques liposolubles, de produits chimiques dans l'environnement qui reproduisent les oestrogènes féminins, de modulateurs endocriniens pour lesquels il n'existe aucune dose sûre.

Si le foetus est exposé à des points critiques de son développement, ne serait-ce qu'à des quantités minuscules de ces produits chimiques, ces derniers peuvent provoquer des cancers du système de reproduction, la stérilité et des anomalies génitales. On a également constaté que des filles au Canada, comme dans d'autres pays, débutent leur puberté plusieurs années plus tôt qu'auparavant et on soupçonne que c'est attribuable à des produits chimiques provenant de plastifiants dans l'environnement.

Pour contrer ces menaces pour la santé, il faut de toute urgence mettre en place des mesures de prévention axées sur les contaminants de l'environnement et leurs répercussions sur la santé. Le comité a fait remarquer, avec fierté et à juste titre, que le Canada était un chef de file mondial dans les années 70 et 80 pour ce qui est d'élaborer des stratégies de prévention de la maladie. Je pense que la santé de l'environnement est un domaine pour lequel le Canada pourrait une fois de plus prendre la



industry and industry is generally not receptive to regulatory controls.

One central policy for disease prevention that has emerged in the last decade is a precautionary principle that can be stated: When there is a reasonable suspicion of harm to health and the environment, lack of scientific certainty or consensus must not be used to postpone preventive action.

Canadian policies have shown ambivalence to the precautionary principle. This was seen in the revised Canadian Environmental Protection Act in 1999. The federal government diluted an initially strong statement of the precautionary principle after industry interventions led to last minute amendments. Also in the federal government's 1998 discussion paper on health protection, the paper embraced a different approach from the precautionary principle, which was the risk management approach.

The Americans introduced risk management as a policy tool for health and environmental decision making in 1983. Many observers, including the American science historian, Robert Proctor, have pointed out that the net effect has almost invariably been to stymie health and environmental regulations. In contrast to Canada and the United States, which have embraced this risk management approach, European regulatory decision makers have taken a different approach to health safety regulations. They show a lower tolerance for risk and they take into account the broad social impacts of technology. I believe that Canadians value social justice in our health strategies and that the European approach to risk assessment is more consistent with the way Canadians think about health than is the competitive American approach.

In the short term, reducing and eliminating the causes of disease might cost industry by requiring cleanup of toxic substances, changes to polluting technologies, and workplace measures to prevent accidents or exposure to agents that cause disease. In the long term, such steps promote sustainable development and may save industry money. They have finite costs, provide long-term health benefits to the entire population, and usually prevent a range of diseases, not just one.

The committee has suggested that public health must be given more resources if diseases are to be prevented. I agree. Much of the committee's enthusiasm, however, is directed to lifestyle changes and to genomics. I have some reservations about that.

One way for governments to avoid confronting industry and still seem to be promoting public health is to focus on lifestyles. We have seen this in Sydney, for example, which is the most

direction, mais le gouvernement devra faire preuve de courage et confronter les intérêts de l'industrie. La vision fédérale de la dernière décennie a été axée sur le partenariat avec l'industrie et l'industrie n'est plus de façon générale réceptive aux contrôles prévus par la loi.

Le principe de la prudence constitue une politique centrale de la prévention de la maladie qui a émergé au cours des dix dernières années. Lorsque l'on a des raisons de croire qu'un tort est causé à la santé et à l'environnement, le manque de consensus ou d'incertitude scientifique n'est pas une raison de reporter la prise de mesures préventives.

Les politiques canadiennes sont ambivalentes en ce qui concerne le principe de prudence. La révision en 1999 de la Loi canadienne sur la protection de l'environnement l'a démontré. Le gouvernement fédéral a dilué un principe de la prudence fort à l'origine après que des interventions de l'industrie eurent mené à des amendements de dernière minute. De plus, dans le document de travail de 1998 du gouvernement fédéral sur la protection de la santé, on adoptait une approche différente du principe de la prudence, à savoir la gestion du risque.

En 1983, les Américains ont introduit la gestion du risque comme outil de politique concernant la prise de décisions en matière de santé et d'environnement. De nombreux observateurs, y compris l'historien américain des sciences, Robert Proctor, ont fait remarquer que l'effet net avait presque invariablement été de contrecarrer les règlements en matière de santé et d'environnement. Contrairement au Canada et aux États-Unis qui ont adopté cette approche de la gestion du risque, les organismes de réglementation européens ont choisi celle de la réglementation. Ils ont une tolérance moins élevée au risque et ils tiennent compte des larges répercussions sociales de la technologie. Je crois que les Canadiens accordent de l'importance à la justice sociale dans nos stratégies en matière de santé et que l'approche européenne vis-à-vis de l'évaluation des risques est plus conforme à la façon de penser des Canadiens qu'à l'approche concurrentielle des Américains.

À court terme, la réduction et l'élimination des causes de maladies pourraient entraîner des coûts pour l'industrie qui devra procéder au nettoyage des substances toxiques, apporter des changements aux technologies liées à la pollution et prendre des mesures dans le lieu de travail pour prévenir les accidents ou l'exposition à des agents qui causent des maladies. À long terme, ces mesures favorisent le développement durable et pourraient permettre à l'industrie de réaliser des économies. Elles sont accompagnées de coûts limités, procurent des avantages à long terme pour la santé à toute la population et préviennent habituellement un éventail de maladies, et non seulement une.

Le comité a laissé entendre qu'il faut consacrer plus de ressources à la santé publique si l'on veut prévenir les maladies. Je suis d'accord. Cependant, une grande partie de l'enthousiasme du comité est orientée sur les changements dans le mode de vie et sur la génomique. J'ai des réserves à ce sujet.

Les modes de vie sont une façon pour les gouvernements d'éviter de confronter l'industrie et de donner l'impression de promouvoir la santé publique. Nous l'avons vu à Sydney, par

contaminated toxic area in Canada, where the residents were told that their problem is that they smoke too much.

It is easier to get individuals to change their behaviours than to get corporations to do so. Women, who are strongly socialized to please others, are especially susceptible to messages exhorting them to work harder at being healthy. Corporations seem to have a curious immunity to messages exhorting them to clean up the company's polluting lifestyles.

Only government regulation and enforcement can address environmental problems that threaten our health. Research into cause and effect mechanisms certainly must continue but, in the meantime, we have to act on the weight of the evidence from multiple sources that show that our health is at risk.

As far as genomics go, the committee does express enthusiasm for advances in genetics and genomics. This is certainly a burgeoning area of research. The rhetoric about genomics is one part hope, one part hype, and one part science. I would suggest that a careful examination of the literature on genetic testing for breast cancer — and as I am, myself, someone who has been treated for breast cancer, I follow this literature very closely — would ground the genetic hyperbole in sobering reality.

Why do we imagine it will be so simple to alter our molecular machinery? Molecular genetics is very exciting but it does not have a very good track record in terms of disease prevention. We are putting so much faith in high tech science and this is not the way to get out of the messes we have created. Preventing disease before it starts, using the precautionary principle, is an old-fashioned and low-tech idea with very little sex appeal, but it works. Life on earth is killing us. We must change our ways, not our genes.

I have four modest proposals. The first echoes Georgia MacNeil's sentiment that the committee must find ways to break down the silos between health and the environment.

Second, Canada should invest in policy research on health and the environment, which would have as its goal finding ways to successfully apply the precautionary principle and track the results. Such research would have a strong gender component and a focus on other environmentally disadvantaged communities, including Aboriginal communities.

Third, the regulation of drugs, food, radiation equipment, and the Canadian environment should be revamped to occur through a system that is independent of industry.

Fourth, for every lifestyle and genomics initiative, I would propose that the government mandate a parallel environmental initiative based on the precautionary principle.

exemple, qui est l'endroit du Canada le plus contaminé par des substances toxiques, où les résidents se sont fait dire que leur problème était qu'ils fumaient trop.

Il est plus facile d'obtenir que les particuliers plutôt que les sociétés changent leurs comportements. Les femmes, qui sur le plan social sont très portées à plaire aux autres, sont particulièrement susceptibles aux messages les incitant à déployer encore plus d'efforts pour être en santé. Les sociétés semblent avoir une curieuse immunité aux messages les incitant à faire le ménage de leurs modes de vie polluants d'entreprise.

Seule la réglementation gouvernementale et l'application des règlements peuvent corriger les problèmes environnementaux qui menacent notre santé. Il est évident que la recherche dans les mécanismes de cause et d'effet doit se poursuivre mais, entre-temps, nous devons donner suite aux preuves provenant de nombreuses sources qui indiquent que notre santé est à risque.

En ce qui concerne la génomique, le comité est enthousiaste face aux progrès réalisés en génétique et en génomique. C'est évidemment un domaine de la recherche en pleine effervescence. Tout ce qui se dit sur la génomique est en partie de l'espoir, en partie de la science et en partie de la publicité. Je dirais qu'un examen attentif de la documentation sur les tests génétiques dans le domaine du cancer du sein — et comme j'ai moi-même subi des traitements pour le cancer du sein, je suis de très près cette documentation — ramènerait l'hyperbole génétique à des proportions beaucoup plus près de la réalité.

Pourquoi pensons-nous qu'il sera d'une simplicité enfantine de modifier notre machinerie moléculaire? La génétique moléculaire est un sujet très passionnant, mais elle ne présente pas une fiche très reluisante au chapitre de la prévention des maladies. Nous mettons tellement notre confiance dans la science de haute technologie, et ce n'est pas du tout la façon de se sortir du fouillis que nous avons créé. Prévenir la maladie avant qu'elle ne frappe, utiliser le principe de la prudence, voilà une idée rétrograde et à faible apport technologique qui offre très peu d'attrait, mais ça fonctionne. La vie sur Terre est en train de nous tuer. Nous devons modifier nos façons de faire, et non pas nos gènes.

J'ai quatre propositions modestes à faire. La première reprend le sentiment de Georgia MacNeil selon qui le comité doit trouver des façons de briser les silos entre la santé et l'environnement.

La deuxième est que le Canada devrait investir dans la recherche stratégique en matière de santé et d'environnement, recherche qui viserait à trouver des façons d'appliquer avec succès le principe de la prudence et d'en suivre les résultats. Cette recherche aurait une forte composante liée au sexe et serait axée sur les collectivités défavorisées sur le plan de l'environnement, y compris les collectivités autochtones.

La troisième est que la réorganisation de la réglementation touchant les médicaments, les aliments et le matériel radiologique et celle de l'environnement canadien devrait se faire par l'intermédiaire d'un système indépendant de l'industrie.

La quatrième est que je proposerais, pour chaque initiative liée au mode de vie et à la génomique, que le gouvernement approuve une initiative environnementale parallèle fondée sur le principe de la prudence.



**The Chairman:** Ms Barrett, when did the law change in Nova Scotia, with respect to payment for nursing homes? Is that a new law? Has that system been in existence for a while? Do you know?

**Ms Barrett:** To be honest with you, I cannot find out how long this has been in place, but, if you mean the policy directive that is being used, it has been in place for at least a year.

**The Chairman:** Right.

**Ms Barrett:** Some of the caregivers I work with have been dealing with this for over a year.

**The Chairman:** Okay, but it is not 10 years old.

**Ms Barrett:** To be honest, I have no idea how long it has been in effect.

**The Chairman:** Ms Batt, this is a part of the health department we have never examined. There is a branch of Health Canada called the Health Protection Branch.

**Ms Batt:** Actually, it has changed its name.

**The Chairman:** Oh, has it? It has probably re-organized because they do that. What is it called now?

**Ms Batt:** It has been changed into different components.

**The Chairman:** The Health Protection Branch, as I understand it, examines the impact of various drugs on health. It does not link the environment and health. That is because the environment is not a drug. It is not considered. Is there a part of the Department of the Environment that examines what I would call the health effects of various environmental issues?

**Ms Batt:** That is certainly acknowledged in the 1998 discussion paper that was issued. The importance of environment was discussed.

**The Chairman:** I know that is talked about it, but — I hate to say this — was anything done about it? In other words, if you asked me where, in the federal government, to get information on the health impacts of a particular environmental problem, I would not know where that would be.

**Ms Batt:** Chemical contaminants and radiation are considered to be impacts on health.

**The Chairman:** Is there a separate part of the department that does that?

**Ms Batt:** Yes, there is a specific section for radiation and chemical contaminants.

**The Chairman:** Your Chair sort of bridges the health and the environment, which is where I am headed. Do you focus more on what I would call the health impact issues of the environment, or

**Le président:** Madame Barrett, à quel moment est-ce que la loi a changé en Nouvelle-Ecosse pour ce qui est du paiement dans le cas des maisons de soins infirmiers? Est-ce une nouvelle loi? Est-ce que le système est en place depuis un certain temps déjà? Le savez-vous?

**Mme Barrett:** En toute franchise, je ne peux pas dire depuis quand c'est en place, mais si vous parlez de la directive en matière de politique, on y a recours depuis au moins un an.

**Le président:** Très bien.

**Mme Barrett:** Des soignants avec qui je travaille sont touchés par cette situation depuis un an.

**Le président:** D'accord, mais ça ne date pas de dix ans.

**Mme Barrett:** Honnêtement, je n'ai aucune idée depuis combien de temps c'est en vigueur.

**Le président:** Madame Batt, c'est une partie du ministère de la Santé que nous n'avons jamais examinée. Il y a une direction générale à Santé Canada qui s'appelle la Direction générale de la protection de la santé.

**Mme Batt:** En fait, elle a changé de nom.

**Le président:** Ah oui? Elle s'est probablement réorganisée parce que c'est le genre de choses qu'ils font. Comment l'appelle-t-on maintenant?

**Mme Batt:** On l'a divisée en plusieurs éléments.

**Le président:** La Direction générale de la protection de la santé, selon ce que j'en comprends, examine l'incidence de divers médicaments sur la santé. Elle ne fait pas de liens entre l'environnement et la santé. C'est pour cette raison que l'environnement n'est pas un médicament. On n'en tient pas compte sous cet aspect. Y a-t-il une partie du ministère de l'Environnement qui examine ce que j'appellerais les répercussions pour la santé de divers problèmes environnementaux?

**Mme Batt:** Le document de travail de 1998 a reconnu ce lien. On a abordé l'importance de l'environnement.

**Le président:** Je sais qu'il en est question, mais — je n'aime pas poser cette question — a-t-on fait quelque chose à ce sujet? En d'autres mots, si vous me demandiez où, au gouvernement fédéral, obtenir de l'information sur les répercussions pour la santé d'un problème environnemental donné, je ne saurais pas où le trouver.

**Mme Batt:** Les contaminants chimiques et la radiation auraient des répercussions sur la santé.

**Le président:** Y a-t-il une partie distincte du ministère qui s'occupe de cela?

**Mme Batt:** Oui, il y a une section précise pour les contaminants chimiques et la radiation.

**Le président:** Votre chaire fait en quelque sorte le lien entre la santé et l'environnement, et c'est le point que je veux aborder. Est-ce que vous avez davantage vos travaux sur ce que

other way around? Is your driving variable our health issues? Is that right?

**Ms Batt:** Yes. One frustration is that these two areas have been politically and academically quite separate.

**The Chairman:** Right.

**Ms Batt:** One of the purposes of the Chair is to try to bring them together.

**The Chairman:** They are also, as you say, politically, in government organizational circles, quite different as well.

**Ms Batt:** Exactly.

**Senator Cook:** I saw a hand go up in the back of the room that might give you your answer.

**Ms Anne-Marie Léger, Policy Analyst, Health Canada:** I just want to clarify. I work with Health Canada. The Health Protection Branch was re-organized. It has two components: Health Protection and Food Branch as well as Healthy Environment and Consumer Safety Branch. Under Healthy Environment and Consumer Safety Branch, it does, in fact, address those very issues of the connection between healthy environment or non-healthy environment and health outcome.

**The Chairman:** That is very helpful. Did this just happen in the last few months?

**Ms Léger:** Actually, I am fairly new to the department, but I know that it has been in place for some time.

**The Chairman:** How long has it been in place?

**Ms Léger:** It has been about a year-and-a-half.

**Senator LeBreton:** My sister is in Treasury Board now, but she was in Health Canada and was working in the specific area when they made these changes. It has been about two-and-a-half years.

I have a question for Sharon Batt. I think it is rather appropriate because I know Elizabeth May, and she is certainly a pioneer in moving environmental issues where they belong. Years ago when we thought of the environment, we thought of trees. Issues like Walkerton absolutely underline that environment is a health issue. We cannot separate health and the environment.

You gave examples of news stories. There was another one in the news over the last few days about all of the antibiotics that are given to chickens, pigs, and cattle to prevent illness. Those antibiotics are coming into our systems too, which probably is one of the reasons that I am not eating much meat lately.

In any event, I have a question specifically for you, Sharon. I do not know whether you are able to do it from your position at Dalhousie, but are you connected to other like organizations across the country so that there is uniformity in raising the level of

j'appellerais les répercussions pour la santé de l'environnement, ou est-ce le contraire? Est-ce que nos problèmes de santé sont ce qui vous anime? Est-ce bien cela?

**Mme Batt:** Oui. Une partie du problème est que ces deux domaines ont été passablement distincts sur le plan de la politique et celui de la recherche.

**Le président:** Très bien.

**Mme Batt:** Une des raisons d'être de la chaire est d'essayer de les réunir.

**Le président:** Comme vous le dites, ils sont également sur le plan politique, dans les milieux organisationnels du gouvernement, assez différents.

**Mme Batt:** Exactement.

**Le sénateur Cook:** J'ai vu une main levée à l'arrière de la salle, ce serait peut-être votre réponse.

**Mme Anne-Marie Léger, analyste des politiques, Santé Canada:** Je veux simplement préciser que je travaille pour Santé Canada. La Direction générale de la protection de la santé a été réorganisée. Elle compte deux éléments: la Direction générale des produits de santé et des aliments ainsi que la Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs. La Direction de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs s'occupe effectivement des questions de liens entre la santé environnementale ou la non-santé environnementale et les résultats pour la santé.

**Le président:** Ces renseignements sont très utiles. Est-ce que cela s'est produit au cours des derniers mois?

**Mme Léger:** En fait, je suis assez nouvelle au ministère, mais je sais que c'est en place depuis un certain temps déjà.

**Le président:** Depuis combien de temps?

**Mme Léger:** Depuis environ un an et demi.

**Le sénateur LeBreton:** Ma soeur travaille maintenant au Conseil du Trésor, mais elle était à l'emploi de Santé Canada et travaillait dans ce domaine précis lorsque ces changements ont été apportés. Cela fait environ deux ans et demi.

J'ai une question pour Sharon Batt. Je pense que c'est plutôt approprié parce que je connais Elizabeth May, et elle est certainement une pionnière pour ce qui est des questions environnementales. Il y a des années, lorsque nous parlions d'environnement, nous parlions d'arbres. Les situations telles que l'incident de Walkerton nous indiquent qu'il n'y a aucun doute que l'environnement est un problème de santé. Nous ne pouvons pas séparer la santé et l'environnement.

Vous avez donné de nouveaux exemples. Il y en a eu un autre dans l'actualité ces derniers jours concernant tous les antibiotiques qui sont donnés aux poulets, porcs et bovins afin de prévenir la maladie. Ces antibiotiques se retrouvent également dans nos systèmes, ce qui explique probablement en partie que je ne mange plus beaucoup de viande depuis quelque temps.

Quoi qu'il en soit, j'ai une question précisément pour vous, Sharon. Je ne sais pas si c'est quelque chose que vous pouvez faire dans votre poste à Dalhousie, mais avez-vous des liens avec d'autres organisations semblables du pays de façon à ce qu'il y ait



the environmental health issues across the country? How do you see that happening and being properly funded or properly administered through Canada's health care system?

**Ms Batt:** I actually work with a group called The Working Group on Women and Health Protection, which does get funding from the Women's Health Bureau in Health Canada. That is a national organization of activists, academics in policy, people who are concerned about health protection, which certainly includes the environment. I do not know if that answers part of your question. It is a very small organization with not a lot of funding.

Funding is very difficult when you are examining environmental issues if you do not want to take money from industry, and all the organizations that work with the Working Group on Women and Health Protection do not want to take funding from industry. This is the dilemma if you want to do research, which is very costly.

**Senator LeBreton:** Is the focus of your research more on the preventive side and educating the public, thereby impacting the system at the early stages rather than preventing the illnesses as much as possible and rather than trying to deal with people who are already ill?

**Ms Batt:** Exactly. The focus is on trying to eradicate the causes of environmental degradation. I should say the Elizabeth May Chair has been set up to work very much in an interdisciplinary way with other researchers and policy people and community groups in the community.

**Senator LeBreton:** Ms Barrett, you gave some very

**Ms Barrett:** Mostly women.

**Senator LeBreton:** — caregivers. You talked about long hours, emotional challenges, vastly undervalued service and loss of identity. I know this happens a lot.

**Ms Barrett:** This can happen.

**Senator LeBreton:** As the Chair mentioned, you were specifically dealing with Nova Scotia. Have you worked with other groups? We find in our studies, not only on this particular homecare issue, that there seems to be a complete lack of uniformity or even co-operation from one jurisdiction to another. Are you connected, or do you have any support from other jurisdictions or any knowledge of other jurisdictions?

**Ms Barrett:** No. We are a little group of caregivers that has been meeting for seven years. Membership fluctuates around 12 but people change over the years. Half of those caregivers found themselves dealing with a nursing home. We examined the situation and we considered how we could approach our government. We thought the situation was unfair. We decided that the only way to do that was to get a research project.

une uniformité dans l'attention à accorder aux problèmes de santé environnementale d'un bout à l'autre du Canada? Comment voyez-vous cela et est-ce que le système de soins de santé l'administre correctement et y consacre les fonds appropriés?

**Mme Batt:** En fait, je collabore avec un groupe, The Working Group on Women and Health Protection qui reçoit du financement du Bureau pour la santé des femmes de Santé Canada. C'est une organisation nationale de militants, d'universitaires oeuvrant dans le domaine des politiques, de personnes qui s'inquiètent de la protection de la santé, ce qui inclut évidemment l'environnement. Je ne sais pas si cela répond en partie à votre question. C'est une toute petite organisation qui ne reçoit pas beaucoup de financement.

Le financement est très difficile à obtenir lorsque vous examinez des questions environnementales et que vous ne voulez pas prendre de l'argent qui vient de l'industrie, et toutes les organisations qui collaborent avec le Working Group on Women and Health Protection ne veulent pas recevoir de fonds de l'industrie. C'est le dilemme si vous voulez effectuer de la recherche qui coûte très cher.

**Le sénateur LeBreton:** Votre recherche est-elle davantage axée sur la prévention et l'éducation du public, par conséquent influant sur le système au début plutôt que de prévenir les maladies dans toute la mesure du possible et plutôt que d'essayer de s'occuper des personnes qui sont déjà malades?

**Mme Batt:** Nous essayons d'éradiquer les causes de la détérioration de l'environnement. Je dois dire que la chaire Elizabeth May a été mise sur pied pour la recherche interdisciplinaire avec d'autres chercheurs ainsi que des personnes chargées des politiques et des groupes communautaires dans la collectivité.

**Le sénateur LeBreton:** Madame Barrett, vous nous avez

**Mme Barrett:** Surtout des femmes.

**Le sénateur LeBreton:** ... des soignantes. Vous avez parlé des longues heures, des défis sur le plan émotif, d'un service énormément sous-évalué et de la perte d'identité. Je sais que cela se produit beaucoup.

**Mme Barrett:** Cela peut se produire.

**Le sénateur LeBreton:** Comme l'a mentionné le président, vous parliez précisément de la Nouvelle-Écosse. Avez-vous travaillé avec d'autres groupes? Nous constatons dans nos études, pas seulement sur la question précise des soins à domicile, qu'il semble y avoir un manque total d'uniformité et même de collaboration d'une compétence à l'autre. Avez-vous des liens avec d'autres compétences, ou recevez-vous un soutien d'autres compétences ou encore êtes-vous au courant d'autres compétences.

**Mme Barrett:** Non. Nous sommes un petit groupe de soignants qui se réunit depuis sept ans. Sa composition tourne autour de douze membres, mais les personnes changent au fil des ans. Pour la moitié de ces soignants, leurs activités touchent une maison de soins infirmiers. Nous avons examiné la situation et nous nous sommes demandé de quelle façon nous pourrions approcher notre gouvernement. Nous estimions que la situation

We have no funding and this work is being done by a group of tired, worn-out caregivers. We were instrumental in getting Robin Stadnyk of Dalhousie to do this research. We have not been working with anyone else.

I read "Admission to Nursing Homes: Nova Scotia and Beyond." After we saw that research project four or five caregivers came to my house and we put a little article together, which we sent to 35 organizations across this province, including the Department of Health and the health critics. We heard nothing back from the Department of Health. We turned to our MLA in the area and he, in turn, got a little bit of exposure for us.

We have not been networking with other groups. We are just a small group of concerned citizens in rural Nova Scotia who feel it is unfair that the rest of Canada pays room and board and we are asked to pay for everything.

Just let me tell you of a situation. One of my caregivers has a 97-year old mother in a nursing home at \$55,000 a year. Her father is 94 living at home and he is not at all well. If he enters the nursing home, the cost would be \$110,000 for her mother and father. There is something wrong with this picture.

**Senator LeBreton:** Yes. The picture you paint would totally discourage anyone from saving any money at all. People would say, "Why bother?"

**Ms Barrett:** People with no money get good care in nursing homes. I have no problem with that. The group of caregivers I work with are more than willing to pay their share, which they consider to be room and board. The health care component falls under provincial jurisdiction and that is why it varies across the country. I do not know how we can stir for change in Nova Scotia and the Atlantic Provinces.

As I pointed out in this article, Newfoundland was able to cap costs at \$2,900 a month. This year Newfoundland was able to put three-quarters of a million dollars into a fund for the sole purpose of assisting caregivers so that they would not have to drop their standard of living drastically when their spouses entered nursing homes. This seems fair and just.

**Senator LeBreton:** That is one thing. When we consider the whole homecare issue there is a lack of uniformity from one province to the other.

I have one last question for Georgia MacNeil. I was particularly interested in your comments about health care services being culturally appropriate, geographically accessible and in the language of preference. One cannot argue with that. Of course, we get into these issues in the province that I am from, Ontario.

était injuste. Nous avons décidé que la seule façon de faire était de mettre sur pied un projet de recherche.

Nous ne recevons aucune aide financière et ce travail est effectué par un groupe de soignants fatigués, épuisés. Nous sommes l'une des raisons pour lesquelles Robin Stadnyk de Dalhousie fait cette recherche. Nous n'avons travaillé avec personne d'autre.

J'ai lu le document «Admission to Nursing Homes: Nova Scotia and Beyond». Après avoir vu le projet de recherche, quatre ou cinq soignants sont venus chez moi et nous avons rédigé un petit article, que nous avons fait parvenir à 35 organisations de la province, y compris le ministère de la Santé et les porte-parole en matière de santé. Le ministère de la Santé ne nous a pas répondu. Nous nous sommes tournés vers notre député provincial qui, lui, a réussi à nous faire connaître un peu.

Nous n'avons pas établi de contacts avec d'autres groupes. Nous sommes seulement des citoyens inquiets du secteur rural de la Nouvelle-Écosse qui estiment qu'il est injuste que le reste du Canada paie la portion chambre et pension et qu'on nous demande de payer pour tout.

Permettez-moi de vous parler d'une situation. Il y a une de mes soignantes dont la mère, qui est âgée de 97 ans, paie 55 000 \$ par année dans une maison de soins infirmiers. Son père, qui a 94 ans, vit à la maison et n'est pas en très bonne santé. S'il s'en va à la maison de soins infirmiers, il en coûtera 110 000 \$ pour son père et sa mère. Il y a quelque chose qui ne va pas.

**Le sénateur LeBreton:** Oui. Ce que vous nous décrivez découragerait tout à fait quiconque d'économiser de l'argent. Les gens se diraient: «Pourquoi se donner la peine?»

**Mme Barrett:** Les gens qui n'ont pas d'argent obtiennent de bons soins dans les maisons de soins infirmiers. Aucun problème quant à moi. Le groupe de soignants avec lequel je travaille est plus que disposé à payer sa part, soit l'équivalent de la portion chambre et pension. La composante des soins de santé relève de l'administration provinciale et c'est pour cela que les coûts varient d'un bout à l'autre du pays. Je ne sais pas ce que nous pouvons faire pour apporter des changements en Nouvelle-Écosse et dans les provinces de l'Atlantique.

Comme je l'ai signalé dans cet article, la province de Terre-Neuve a été capable de mettre un plafond de 2 900 \$ par mois pour les coûts. Cette année, cette même province a mis trois quarts de million de dollars dans un fonds destiné à venir exclusivement en aide aux soignants de sorte qu'ils n'auront pas à réduire de façon radicale leur niveau de vie lorsque leur conjoint entrera dans une maison pour soins infirmiers. Cela me semble juste.

**Le sénateur LeBreton:** C'est une chose. Lorsque nous examinons toute la question des soins à domicile, il y a un manque d'uniformité d'une province à l'autre.

J'ai une dernière question pour Georgia MacNeil. Vos observations au sujet des services de soins de santé appropriés sur le plan de la culture, accessibles géographiquement et dans la langue de choix m'ont particulièrement intéressée. Évidemment, ce sont des questions qui sont examinées dans la province d'où je



When you state that some people have difficulty, I am thinking that is culturally. Is this always feasible, though? We are a multi-cultural, multilingual country so that would be ideal, but what would be realistic? Where would you start in terms of dealing with people at the low end of the economic scale and how do you get a system to respond to their cultural needs, given this diverse country that we live in?

**Ms MacNeil:** I can give you an example from the Sandy Hill Community Health Centre in Ottawa. I worked there on a project in 1992. As you know, there are a lot of immigrants and refugees in the Ottawa-Carleton region.

**Senator LeBreton:** Yes.

**Ms MacNeil:** The Sandy Hill area had quite a number of Somali refugees in its community health catchment area and, in fact, they changed the signage at the centre to be English, French, and Somali because there were so many Somali clients that it was considered a necessity.

The community came together and worked with health promoters at the centre. It developed a health resource for practitioners that was quite widely disseminated. It developed a pool of cultural interpreters who could be called upon to attend medical appointments with people needing cultural interpretation. The cultural interpreters were paid a fee for service for the time they were used. It was not an expensive service because they were not kept on salary all the time. They were called upon when needed and given an honorarium and travel expenses to assist the client. That worked quite well. I have not been in Ottawa since 1993, so I do not know how this has progressed, but that seemed to be a very cost effective and appropriate way to meet the need of that community.

**Senator LeBreton:** Could you envision a resources problem in trying to find translators for people who have to be rushed to emergency? It becomes cumbersome. I am trying to figure out a way that could work, which would be feasible.

**Ms MacNeil:** At the same time this was going on at the health centre, the major hospitals in Ottawa also had listings of staff who could speak different languages and they were often called upon, as part of their jobs, to stop serving at the cafeteria and attend Mrs. Smith or whoever to provide assistance. That helps to address the problem in a cost effective way. The quality of the cultural interpretation might be questioned, but I think there are low cost ways to do that. That is very complex when you get into multiple language groups and multiple cultural groups. The larger cities, where the bulk of these people are likely to be, have more resources. I hate to say the "volunteer" word, and I think even if people are called upon as volunteers, they should be given honoraria to support travel and childcare and things like that. That would be one option to address language issues.

viens, l'Ontario. Lorsque vous dites que certaines personnes ont de la difficulté, je pense que vous parlez sur le plan culturel. Est-ce toutefois toujours faisable? Nous sommes un pays multiculturel, multilingue, de sorte que ce serait l'idéal, mais est-ce que ce serait réaliste? Par quoi commenceriez-vous dans le cas des personnes au bas de l'échelle économique et comment vous y prenez-vous pour qu'un système réponde à leurs besoins culturels, compte tenu de la diversité de notre pays?

**Mme MacNeil:** Je peux vous donner un exemple, celui du Centre de santé communautaire de Côte-de-Sable, à Ottawa. J'y ai travaillé à un projet en 1992. Comme vous le savez, il y a beaucoup d'immigrants et de réfugiés dans la région d'Ottawa-Carleton.

**Le sénateur LeBreton:** Oui.

**Mme MacNeil:** La Côte-de-Sable compte un certain nombre de réfugiés somaliens dans la zone desservie en ce qui touche la santé communautaire. En fait, on a changé l'affiche du centre qui est maintenant en anglais, en français et en somali en raison des très nombreux clients somaliens, et on a jugé que c'était une nécessité.

La collectivité s'est regroupée et a collaboré avec les travailleurs de la santé du centre. On a mis au point à l'intention des praticiens une ressource dans le domaine de la santé qui a fait l'objet d'une large diffusion. On a mis sur pied un bassin d'interprètes à qui l'on pouvait faire appel pour accompagner des personnes qui avaient besoin d'interprétation pour se rendre à leurs rendez-vous médicaux. Des honoraires sont versés aux interprètes pour la durée de leur service. Ce service n'est pas dispendieux parce que les interprètes en question ne sont pas à l'effectif. On fait appel à leurs services au besoin et on leur verse des honoraires ainsi que des indemnités de déplacement pour aider les clients. Cela fonctionnait très bien. Je ne suis pas allée à Ottawa depuis 1993 de sorte que je ne sais pas si la situation a évolué, mais cela semblait une façon très appropriée et très efficace sur le plan des coûts de répondre aux besoins de cette collectivité.

**Le sénateur LeBreton:** Pensez-vous qu'il pourrait y avoir un problème de ressources pour trouver des traducteurs pour accompagner des personnes lors de situations d'urgence? Cela devient lourd. J'essaie de trouver une façon que cela pourrait fonctionner, qui serait faisable.

**Mme MacNeil:** Au même moment où l'on mettait sur pied ce système au centre de santé communautaire, les principaux hôpitaux d'Ottawa avaient aussi dressé des listes des membres de leur personnel qui pouvaient parler diverses langues et on faisait appel à leurs services dans le cadre de leur travail. Ces employés interrompaient leur travail à la cafétéria, par exemple, et aidaient Mme Unetelle ou peu importe la personne. Cela aide à régler le problème de façon efficace sur le plan des coûts. La qualité de l'interprétation n'est peut-être pas de premier plan, mais je pense qu'il y a des façons peu coûteuses de le faire. C'est très complexe lorsque vous avez affaire à des groupes multilingues et à des groupes multiculturels. Les grandes villes, où la plus grande partie de ces gens sont susceptibles de se trouver, disposent de plus de ressources. Je n'aime pas employer le mot «bénévole», et je pense

**Senator Callbeck:** Ms Barrett, I have a couple of questions on the nursing home program in Nova Scotia. You say there are different rates of pay for people. Do the people who pay 100 per cent pay more than if the government —

**Ms Barrett:** No, I said for people who pay the full cost privately, above and beyond the \$55,000 a year, there are other costs. That includes medication, wheelchairs and ambulance service to a hospital. You, as the spouse, have to pay for those costs. That is what I meant when I said costs above and beyond.

**Senator Callbeck:** Okay. When you say all applicants go to one place, is that within the region? Is that anyone who is applying for a nursing home?

**Ms Barrett:** Is that under Single Entry Access?

**Senator Callbeck:** Yes.

**Ms Barrett:** That just came into play in May of this year. My understanding of the purpose behind the Single Entry Access is that normally you might have half a dozen phone calls trying to get assistance, whether for home care or a nursing home. Now with the Single Entry Access, you would make one call and all your concerns are to be dealt with, whether that involves respite or nursing homes.

**Senator Callbeck:** That is not for the province, though. That is just for the region.

**Ms Barrett:** No, that is the province.

**Senator Callbeck:** It is.

**Ms Barrett:** That is in the province of Nova Scotia. It is called Single Entry Access. Actually, in May or June there were presentations around the province. I heard the presentation both in Digby and in Yarmouth.

The questions that came from the audience were disconcerting: "What happens to me financially when someone enters a nursing home?" That seemed to be the biggest question. This was put in place in April of this year and it is called Single Entry Access.

**Senator Callbeck:** That was put in place, but the rest of the system that you explained has been in place for a while.

**Ms Barrett:** The rest of the information I gave you came from the Nova Scotia Department of Health: "Nursing Homes and Homes for the Aged." There was a document put out for designating your residence. The purpose for doing that is to prove that you have lived in your home for two years. You sign that and have it witnessed. People are told that protects them from having

que même si on fait appel au service de ces gens en tant que bénévoles, on devrait leur verser des honoraires pour les frais de déplacement et de garderie et des choses du genre. Voilà une option possible pour les questions d'ordre linguistique.

**Le sénateur Callbeck:** Madame Barrett, j'ai quelques questions au sujet du programme de maisons de soins infirmiers en Nouvelle-Écosse. Vous dites qu'il y a des tarifs différents pour les gens. Est-ce que les gens qui paient la totalité paient plus que si le gouvernement...

**Mme Barrett:** Non, j'ai dit pour les gens qui paient la totalité des coûts de leur poche, en plus des 55 000 \$ par année, il y a d'autres coûts. Il y a les médicaments, les fauteuils roulants et les frais de transport par ambulance jusqu'à l'hôpital. Vous, en tant que conjoint, devez payer ces coûts. C'est ce que je voulais dire lorsque j'ai parlé des coûts en sus.

**Le sénateur Callbeck:** Très bien. Lorsque vous dites que tous les demandeurs vont à un seul endroit, est-ce dans la région? S'agit-il de quiconque demande son admission à une maison de soins infirmiers?

**Mme Barrett:** Est-ce en vertu du Single Entry Access?

**Le sénateur Callbeck:** Oui.

**Mme Barrett:** Ce programme vient tout juste d'entrer en vigueur, en mai de cette année. Ce que je crois comprendre de la raison d'être de ce programme, c'est qu'en temps normal, vous pourriez devoir faire une demi-douzaine d'appels pour obtenir de l'aide, que ce soit pour des soins à domicile ou une maison de soins infirmiers. Maintenant, avec le Single Entry Access, vous n'avez qu'un appel à faire, et on s'occupe de toutes vos questions, qu'il s'agisse d'une maison de soins de relève ou de soins infirmiers.

**Le sénateur Callbeck:** Mais ce n'est pas pour toute la province, c'est uniquement pour la région.

**Mme Barrett:** Non, c'est pour la province.

**Le sénateur Callbeck:** En effet.

**Mme Barrett:** C'est pour la province de la Nouvelle-Écosse. C'est le programme qu'on appelle le Single Entry Access. En fait, en mai ou juin, des séances d'information ont été données dans toute la province. J'ai assisté à celles données à Digby et à Yarmouth.

Les questions posées par l'auditoire étaient troublantes: «Que m'arrive-t-il sur le plan financier lorsqu'on entre dans une maison de soins infirmiers»? Cela semblait être la plus grande question. C'est un programme mis en place en avril de cette année et il s'appelle le Single Entry Access.

**Le sénateur Callbeck:** Il a été mis en place, mais le reste du système dont vous avez parlé l'était déjà depuis un certain temps.

**Mme Barrett:** Le reste des renseignements que je vous ai donnés provenaient du ministère de la Santé de la Nouvelle-Écosse: «Nursing Homes and Homes for the Aged». C'était un document diffusé pour désigner votre résidence. La raison d'être était de démontrer que vous viviez dans votre résidence depuis deux ans. Vous signez le document et vous le faites en présence de



their homes taken for cost of care. The moment you sell or rent that house, the money goes toward your care.

In my case, as a widow, if I enter the nursing home, and I have designated my home, it is protected. I would be told, "We are not going to take your home." But I am in nursing home and I cannot look after the house, so I sell it. The money goes toward my care.

If I am the spouse staying at home and I sell it because I am living on half of my husband's pension, which might be \$10,000 or \$12,000 a year, and I cannot maintain that home, half of the money goes toward his care. What I find unjust is that you can transfer this designated home to anyone, a family member or anyone. The person who then has the title in his or her name can sell the house and keep the money. You say, "I worked long and hard to obtain that designated home and now I have to part with it." I consider this a real concern.

**Senator Callbeck:** Yes. That certainly is very inconsistent across Canada.

**Ms Barrett:** It is certainly not consistent. It is only in the Maritime provinces that income and assets are considered, as I said in the article. In most other provinces, it is just your income that is considered and you only pay for room and board. The provincial government picks up the health care component.

**The Chairman:** Quebec considers both assets and income.

**Ms Barrett:** I am not sure about that, to be honest.

**The Chairman:** My mother is in a nursing home in Quebec, so I know that.

**Ms Barrett:** Are both considered?

**Senator Callbeck:** Ms MacNeil, you gave an example of people who were waiting one year for physiotherapy. That seems like an awfully long time.

**Ms MacNeil:** It certainly does.

**Senator Callbeck:** Would that be in a city?

**Ms MacNeil:** That was in the Halifax Regional Municipality. I know of people who have gotten access in some of the smaller municipalities to physiotherapy care at the hospital which was covered by Medical Services Insurance plan, MSI. That was a shorter waiting list. In Halifax you can forget it. The doctor just said, "You are going to pay for it or you are going to have to wait an awful long time." The woman waited a year. That is outrageous.

**The Chairman:** I thank all of you for coming. We appreciate your taking the time to be with us.

témoins. On dit aux gens que cela les protège et que leur résidence ne peut servir à payer le coût des soins. La minute que vous vendez ou louez cette maison, l'argent est affecté à vos soins.

Dans mon cas, je suis veuve, si j'entre à la maison de soins infirmiers et que j'ai désigné ma résidence, elle est protégée. On me dirait: «Nous n'allons pas prendre votre maison». Mais je suis dans une maison de soins infirmiers et je ne peux m'occuper de ma maison et je décide donc de la vendre. L'argent est appliqué à mes soins.

Si je suis la conjointe qui reste à la maison et si je la vends parce que je ne reçois que la moitié de la pension de mon mari, ce qui pourrait représenter 10 000 \$ ou 12 000 \$ par année, et je ne peux pas m'occuper de la maison, la moitié de l'argent va aux soins qui lui sont donnés. Ce qu'il y a d'injuste, c'est que vous pouvez céder cette résidence désignée à quelqu'un, un membre de la famille ou peu importe. La personne qui détient alors le titre en son nom peut vendre la maison et garder l'argent. Vous vous dites: «J'ai travaillé dur et pendant longtemps pour obtenir cette résidence désignée et maintenant je dois m'en départir». C'est une véritable préoccupation.

**Le sénateur Callbeck:** Oui. Ce n'est certainement pas uniforme d'un bout à l'autre du pays.

**Mme Barrett:** Ce n'est certainement pas uniforme. C'est uniquement dans les provinces maritimes que le revenu et les biens sont pris en considération, comme je l'ai dit dans l'article. Dans la plupart des autres provinces, on ne tient compte que de votre revenu et vous ne payez que pour la portion chambre et pension. Le gouvernement provincial s'occupe de la composante des soins de santé.

**Le président:** Le Québec tient compte à la fois du revenu et des biens.

**Mme Barrett:** Honnêtement, je n'en suis pas certaine.

**Le président:** Ma mère est dans une maison de soins infirmiers au Québec, et c'est bien cela.

**Mme Barrett:** Est-ce que l'on tient compte des deux aspects?

**Le sénateur Callbeck:** Madame MacNeil, vous avez donné un exemple de personnes qui ont attendu pendant un an pour obtenir des services de physiothérapie. Cela me semble épouvantablement long.

**Mme MacNeil:** C'est effectivement bien long.

**Le sénateur Callbeck:** Est-ce que c'était dans une ville?

**Mme MacNeil:** C'était dans la municipalité régionale d'Halifax. Je connais des gens dans des municipalités plus petites qui ont eu accès à des soins de physiothérapie à l'hôpital, ce qui était couvert par le régime d'assurance des soins médicaux, MSI. La liste d'attente était plus courte. À Halifax, vous pouvez oublier cela. Le médecin a tout simplement dit, «Ou bien vous payez pour le service, ou bien vous attendez épouvantablement longtemps». La femme en question a attendu une année, c'est scandaleux.

**Le président:** Je vous remercie tous d'être venus. Nous vous savons gré d'avoir pris ce temps pour venir nous rencontrer.

Senators, our next panel consists of John Malcom, CEO of the Cape Breton Regional Health Care Complex, and Dr. Mahmood Naqvi, Medical Director; Dr. John Ruedy who is Vice-President, Academic Affairs, for the Capital District Health Authority, which is the Halifax Regional Health Authority; and Thomas Rathwell, Director of the School of Public Services Administration of Dalhousie University.

May I thank all of you for coming. I will begin with Dr. John Ruedy, Vice-President, Academic Affairs, for the Capital District Health Authority.

You have all circulated briefs and I want to make sure we stay on time. The Canadian Medical Association, CMA, will follow you and those people have a plane to catch, so I want to make sure we have time for lots of questions. Can I ask you to briefly summarize your main points? We have read some briefs and can read the others. Then we will turn to questions.

**Dr. John Ruedy, Vice-President, Academic Affairs, Capital District Health Authority:** Honourable senators, it is an honour to be asked to address you. I am sorry Maura Davies could not be here.

The brief that I have submitted was developed by a number of senior executives of the Capital District Health Authority. I will speak to it briefly, but you will recognize that I will speak from my bias, which is 50 years of learning and working in Canada's health care system.

**The Chairman:** I should tell my colleagues, by the way, that Dr. Ruedy is the former Dean of Medicine at Dalhousie.

**Dr. Ruedy:** I was going to take credit for having worked as a practitioner of medicine before medicare was introduced and I remain an extraordinarily strong supporter of Canada's medicare system.

Let me just briefly tell you that Capital District Health Authority is the District of Halifax and a surrounding region of about 400,000 people. We provide primary and secondary care services for that district. We also provide tertiary care services to the rest of Nova Scotia, not exclusively but predominantly, as well as some to New Brunswick, Prince Edward Island, and Newfoundland. We are also an academic health district. We are the major clinical resource for university-based programs in medicine, health professions, and allied health sciences.

I would like to quickly highlight four items that are addressed in the report, which I think are very critical issues. The first is health human resources. There is no question that this is the largest issue that we face in the Capital District Health Authority. We are severely short of almost every kind of health professional.

Honorables sénateurs, notre prochain groupe de témoins se compose de John Malcolm, chef de la direction du Cape Breton Regional Health Care Complex et du Dr Mahmood Naqvi, directeur médical; de John Ruedy, vice-président des questions universitaires pour le Capital District Health Authority, qui est l'autorité sanitaire régionale de Halifax; et de Thomas Rathwell, directeur de l'École d'administration publique de l'Université Dalhousie.

Je vous remercie tous d'être venus. Je vais commencer par John Ruedy, vice-président des affaires académiques du Capital District Health Authority.

Vous avez tous remis des mémoires et je tiens à m'assurer que nous respecterons l'horaire imparti. L'Association médicale canadienne (AMC) suivra et ces gens ont un avion à prendre de sorte que je veux m'assurer d'avoir amplement de temps pour leur poser beaucoup de questions. Puis-je vous demander de résumer en quelques mots vos principaux points? Nous avons lu certains mémoires et nous pouvons lire les autres. Nous passerons ensuite aux questions.

**Le Dr John Ruedy, vice-président, Affaires académiques, Capital District Health Authority:** Honorables sénateurs, c'est un honneur d'être invité à vous adresser la parole. Je suis désolé que Maura Davies n'ait pu être des nôtres.

Le mémoire que je vous ai fait parvenir a été élaboré par plusieurs hauts dirigeants du Capital District Health Authority. Je dirai quelques mots, mais vous vous rendrez compte que je parlerai de façon partielle, partialité qui me vient de 50 années d'apprentissage et de travail dans le système de soins de santé du Canada.

**Le président:** En passant, je devrais indiquer à mes collègues que M. Ruedy est l'ancien doyen de la médecine à l'Université Dalhousie.

**Le Dr Ruedy:** J'allais prendre la gloire d'avoir travaillé comme médecin avant la mise en place du régime d'assurance-maladie, et je demeure un irréductible du régime d'assurance-maladie du Canada.

Permettez-moi de vous dire quelques mots au sujet du Capital District Health Authority, qui couvre le district de Halifax et une région environnante qui compte environ 400 000 personnes. Nous fournissons des services de soins de santé primaires et secondaires pour ce district. Nous fournissons également des services de soins tertiaires au reste de la Nouvelle-Écosse, principalement mais non exclusivement, ainsi qu'à une partie du Nouveau-Brunswick, de l'Île-du-Prince-Édouard et de Terre-Neuve. Nous sommes également un district de santé universitaire. Nous constituons la principale ressource clinique pour les programmes universitaires en médecine, pour les professions de la santé et les sciences connexes de la santé.

J'aimerais parler rapidement de quatre points dont il est question dans le rapport et qui sont selon moi des questions très critiques. Il y a d'abord les ressources humaines de santé. Il ne fait aucun doute que c'est le plus grand problème auquel nous faisons face dans le Capital District Health Authority. Nous sommes gravement à court de presque toutes les formes de professionnels de la santé.



We have 175 vacancies in nursing that we cannot fill at the present time. Those are in areas of heavy nursing responsibilities — critical care, in particular. We have been unable to retain and recruit transplant surgeons in the last year, so we have lost a very successful liver transplantation program. I could go on.

It is interesting, this week we had an accreditation survey and there were two Irish observers of this process. They reported exactly the same thing in Ireland. In one of the hospitals, they were dependent upon 200 Indonesian nurses to provide adequate nursing services. The entire cleaning staff was Latvian and could not speak English. This is a universal, worldwide problem and it will get worse, so we are strongly in support of developing a national strategy in health human resources.

This is more than numbers. You must address functions of health care providers or you will come to the wrong conclusions. You may want to address who should take on this responsibility. In the past, the self-interests of the institutions represented around the table influenced health human resource planning. I would suggest the universities and faculties of health professions and medicine may be the resource to which we should turn to provide us a not self-interested national strategy in health human resources.

We must learn how to optimize what we have. We greatly support Duncan Sinclair's statement, which is quoted in your report, that we are misusing highly-skilled health professional personnel. Physicians are doing things that physicians need not do. Nurses are doing things nurses need not do, et cetera.

A related issue is a healthy workplace. We have the second highest absenteeism in a health institution in Canada in the Capital District Health Authority of almost 7 per cent absenteeism. That is unacceptable. We know that stress is a major contributor to this. Twenty-eight per cent of absenteeism is related to stress. I could go on. We need a healthy workplace strategy. We need research into understanding the causes and cures for a healthy workplace because that contributes to our shortage of health human resource personnel.

The third issue is primary care reform. No matter where you go in the world and no matter what they ask you to address in their recognized needs, it comes down to a need for efficient primary care. I am talking about more than physician primary care. I am talking about primary care generically, and the infrastructure for primary care.

À l'heure actuelle, nous comptons 175 postes vacants dans les soins infirmiers que nous ne pouvons pas combler. Ils sont dans des secteurs de soins infirmiers de type critique — les soins intensifs plus particulièrement. Au cours de la dernière année, il nous a été impossible de conserver et de recruter des chirurgiens transplantologues de sorte que nous avons perdu un programme de transplantation du foie qui connaissait beaucoup de succès. Et je pourrais vous donner de nombreux autres exemples.

Fait intéressant, cette semaine nous avons eu une visite d'agrément à laquelle participaient deux observateurs irlandais. Ils ont dit que c'était exactement la même chose en Irlande. Dans un des hôpitaux, ils comptaient sur 200 infirmières d'Indonésie pour prodiguer des soins infirmiers adéquats. Tout le personnel affecté au nettoyage venait de Lettonie et ne parlait pas anglais. C'est donc un problème universel, mondial, et il va en s'empirant, de sorte que nous appuyons fortement une stratégie nationale sur les ressources humaines de santé.

Il n'y a pas que les chiffres. Vous devez regarder du côté des fonctions des fournisseurs des soins de santé sinon vous tirerez les mauvaises conclusions. Vous voudrez peut-être examiner la question de qui devrait assumer cette responsabilité. Par le passé, les intérêts personnels des établissements représentés autour de la table influençaient sur la planification des ressources humaines de santé. Je dirais que les universités et les facultés de médecine et des professions de la santé sont peut-être les ressources vers lesquelles nous devrions nous tourner pour rédiger une stratégie nationale sur les ressources humaines de santé qui ne soit pas axée sur des intérêts personnels.

Nous devons apprendre à optimiser ce que nous avons. Nous appuyons absolument la déclaration de Duncan Sinclair, que vous reprenez dans votre rapport, selon laquelle nous faisons un mauvais usage de professionnels de la santé très compétents. Des médecins font des choses qui ne sont pas de leur ressort. Les infirmières et infirmiers font des choses qui ne sont pas de leur ressort, et tout le reste.

La santé en milieu de travail est une question connexe. Le Capital District Health Authority, avec 7 p. 100 d'absentéisme, vient au deuxième rang au pays pour ce qui est de l'absentéisme dans un établissement de santé. C'est inacceptable. Nous savons que le stress est un important facteur dans tout cela. Vingt-huit pour cent des absences sont dues au stress. Je pourrais donner bien d'autres exemples. Nous devons élaborer une stratégie de la santé en milieu de travail. Nous devons faire des recherches pour comprendre les causes et les solutions pour un milieu de travail en santé, car cela contribue à notre pénurie de ressources humaines de santé.

Le troisième problème est celui de la réforme des soins primaires. Peu importe où vous allez dans le monde et peu importe ce que l'on vous demande de faire pour répondre à leurs besoins, il y a un besoin fondamental et c'est celui de fournir des soins primaires efficaces. Je ne parle pas ici uniquement des soins primaires par des médecins, je parle de soins primaires génériques et de l'infrastructure pour les soins primaires.

Unfortunately, the physician primary care system in this country has developed, based on a fee-for-service remuneration, with no recognition of the need for infrastructure to devolve functions of the physician that could be just as well if not better carried on by other personnel. The focus on primary care reform should not be focused on the physician. It should not be focused on remuneration. It should be focused on the infrastructure and the functions that should be fulfilled by a primary care system.

My fourth and last point is accountability. There is no doubt that much of what we have changed, what we have introduced, has been done without evidence that has benefited or risked the health outcomes of our patients. We need an accountable system. To have an accountable system, we need a useable health information system, which we do not have. We need a patient-set standard health information system of electronic record, if you like.

Let me give you an example of how archaic our system is. When you go to a physician and he or she decides you need a prescription, the physician takes a pad of paper, writes your name, address, the date, the name of the drug, the amount of drug and the directions manually and gives that to you. You may or may not take that piece of paper to a pharmacy. It may or may not be the same pharmacy you visited previously.

The pharmacy then puts the information into the computer, prints out a label, counts out pills, puts them in a bottle, puts the label on and gives you the bottle. There is no report back to the physician letting the physician know that the prescription has or has not been filled.

When you come back to the office, the physician will ask you what medicines you are on. If you are smart, you will bring a list and hand it to him. That is a completely archaic "non-system" and it is representative of the lack of a patient-centred health care worker information system that we need to deliver good care, to have an accountable system work and address issues as to whether we are benefiting our patients or not.

Those are the four issues that I call to your attention in the brief that I have presented: health human resource needs, healthy workplace needs for our health professionals, primary care reform, and an accountability in our system which is dependent upon a patient-centred health information record.

**Mr. John Malcom, Chief Executive Officer, Cape Breton Regional Health Care Complex:** Senators, I would also like to commend you on your report. In 20 years of working in health care, it is probably the best and most rational discussion that I have seen of the challenges we face.

Malheureusement, le système de soins primaires par des médecins au Canada s'est développé en fonction d'un régime de la rémunération des services, sans tenir compte du besoin d'infrastructure pour transférer des fonctions du médecin qui pourraient tout aussi bien être exécutées par d'autres membres du personnel médical. La réforme des soins de santé primaires ne devrait pas être axée sur le médecin. Elle ne devrait pas porter sur la rémunération. Elle devrait être axée sur l'infrastructure et les fonctions qui devraient être exécutées par un système de soins primaires.

Mon quatrième et dernier point est l'imputabilité. Il ne fait aucun doute qu'une grande partie de ce que nous avons changé, de ce que nous avons mis en place, s'est faite sans qu'il y ait de preuves d'effets bénéfiques ou de risques pour la santé de nos patients. Nous devons avoir un système d'imputabilité. Pour avoir un tel système, nous devons avoir un système d'information de santé pratique, ce que nous n'avons pas. Nous avons besoin d'un système d'information de santé standard établi par les patients en ce qui concerne les dossiers électroniques.

Permettez-moi de vous donner un exemple de l'archaïsme de notre système. Lorsque vous allez consulter un médecin et que ce dernier décide que vous devez avoir une ordonnance, il prend un bloc de papier, écrit votre nom, votre adresse, la date, le nom du médicament, la posologie et les instructions à la main et vous le remet. Vous pouvez très bien vous rendre à la pharmacie avec ce morceau de papier, comme vous pouvez décider de ne pas le faire. Il se peut que ce soit la même pharmacie que celle à laquelle vous vous êtes rendu auparavant, comme il pourrait s'agir d'une autre.

À la pharmacie, on entre alors l'information dans l'ordinateur, on imprime une étiquette, on compte les comprimés, on les met dans une bouteille, on appose l'étiquette sur la bouteille et on vous la remet. Il n'y a aucun rapport fait au médecin pour lui indiquer que l'ordonnance a ou non été remplie.

Lorsque vous revenez à son cabinet, le médecin va vous demander les médicaments que vous prenez. Si vous faites bien les choses, vous allez lui remettre une liste de tous ces médicaments. C'est un «non-système» complètement archaïque qui est représentatif de l'absence d'un système d'information des travailleurs de la santé axé sur les patients dont nous avons besoin pour prodiguer de bons soins, pour avoir un système d'imputabilité qui fonctionne et pour déterminer si nous sommes ou non bénéfiques pour nos patients.

Voilà les quatre points que je porte à votre attention dans le mémoire que je vous ai remis: besoins en ressources humaines de santé, besoins en matière de santé dans le milieu de travail pour nos professionnels de la santé, réforme des soins primaires et imputabilité dans notre système qui dépend d'un système d'information de santé axé sur le patient.

**M. John Malcolm, chef de la direction, Cape Breton Regional Health Care Complex:** Honorables sénateurs, je tiens également à vous féliciter pour votre rapport. Après vingt ans de travail dans le milieu des soins de santé, c'est probablement la meilleure analyse et la plus rationnelle qu'il m'ait été donné de voir au sujet des défis qui nous attendent.



I also have four points. The first point I will make follows up on a comment that was made by one of the former speakers. You must stick with your existing funding system, but correct it. A system that provides a straight per capita base funding on a cash allowance across Canada is not just. Whenever I speak to public groups in Cape Breton, I ask, "How many of you know someone who has moved to Alberta?" Virtually every hand goes up. When I ask them how many know grandparents or seniors who have moved to Alberta, every hand goes down. Yet, the straight per capita funding pays Alberta, through the federal treasury, the same amount of money to deliver care to people who do not use the health system as it pays to us in Nova Scotia.

In fact, there is evidence to suggest that Nova Scotia is the province of most rapidly aging. If the funding formula is not changed, we will be the first province to have our health system fail if there is not consideration of age and burden of illness in the allocation of resources. The present funding system is unjust. It is unfair. It is inequitable. It rewards the young and the healthy at the expense of the old and the infirm. If nothing else, if you could make that recommendation, you have a chance of sustaining our system.

The second concern I will discuss is the issue of best practice. In Canada we can do more in the way of learning how to do things better. I support the comments that Dr. Ruedy made earlier. We actually lead a national benchmarking best practice arrangement in Cape Breton that involves facilities from Vancouver to Newfoundland.

In one particular area, by giving up the right to purchase, we now belong to a national group purchasing initiative, and, learning from people across the country, we were able to add a second CT scanner in Cape Breton without asking the province for one cent of operations to run that unit. We found the full cost savings through group purchasing and improved performance possible by knowing what others are doing. That was a good deal for the province, but it was a better deal for the people we serve because we went from having the worst waiting lists in the province to the best.

The third thing that I would like to talk about is determinants of health. I have always practised in urban centres until I went to Cape Breton. I used to know, in a theoretical sense, what the determinants of health were. Now I know it from a real sense because I live it every day, as Dr. Naqvi does. The challenges of working in the area with the highest overall premature mortality rate is evident to us every day as we work and do what we have to do.

You must consider the needs of rural Canada. When Dr. Ruedy was dean, his department approached us about the idea of establishing a rural family medicine program. We jumped at that

J'ai également quatre points à soulever. Tout d'abord, je vais faire un suivi au sujet d'une observation faite par un intervenant précédent. Vous devez conserver l'actuel système de financement, mais vous devez le corriger. Un système qui donne un financement uniquement en fonction du nombre d'habitants n'est pas juste. Chaque fois que je m'adresse à des groupes publics au Cap-Breton, je demande: «Combien d'entre vous connaissent quelqu'un qui est déménagé en Alberta?» Pratiquement tout le monde lève la main. Lorsque je leur demande combien d'entre eux connaissent des grands-parents ou des personnes âgées qui ont déménagé en Alberta, aucune main ne se lève. Pourtant, le financement par habitant paye à l'Alberta, par le biais du Trésor fédéral, le même montant pour prodiguer des soins aux personnes qui n'utilisent pas le système de santé que nous, ici en Nouvelle-Écosse.

En réalité, on a des preuves qui indiquent que la Nouvelle-Écosse est la province qui vieillit le plus rapidement. Si la formule de financement n'est pas modifiée, nous serons la première province où le système de santé fera faillite si l'on ne tient pas compte de l'âge et des maladies dominantes dans la répartition des ressources. L'actuel système de financement est injuste. Il est injuste et il est inéquitable. Il récompense les jeunes et les personnes en santé aux dépens des personnes âgées et infirmes. Si vous ne faisiez que cette recommandation, vous auriez une chance de faire survivre notre système.

Ma deuxième préoccupation est celle des meilleures pratiques. Au Canada, nous avons la possibilité de faire davantage en apprenant à mieux faire les choses. J'appuie les observations faites plus tôt par le Dr Ruedy. Au Cap-Breton, nous sommes en fait un chef de file dans un arrangement de meilleures pratiques comparatives à l'échelle nationale auquel participent des installations de Vancouver à Terre-Neuve.

Dans un secteur particulier, parce que nous avons renoncé à notre droit de faire des achats, nous faisons maintenant partie d'une initiative nationale d'achats collectifs et, grâce à ce que nous ont dit des personnes d'un bout à l'autre du pays, nous avons été en mesure d'ajouter un deuxième tomodynamomètre au Cap-Breton sans demander à la province un seul cent pour le fonctionnement de cet appareil. Nous avons réalisé des économies représentant le coût complet de l'appareil grâce aux achats collectifs et nous en avons amélioré le rendement en apprenant ce que d'autres font. Pour la province, ce fut une bonne affaire, mais c'en est une encore meilleure pour les personnes que nous desservons parce que nous sommes passés de la pire province pour ce qui est des listes d'attente à la meilleure.

Mon troisième point a trait aux déterminants de santé. J'ai toujours exercé dans des centres urbains jusqu'à ce que je vienne au Cap-Breton. En théorie, je savais ce qu'étaient les déterminants de santé. Maintenant je sais vraiment ce qu'ils sont parce que je le vis tous les jours, comme le Dr Naqvi. Les défis que représente le travail dans la région qui a le taux global de mortalité prématurée le plus élevé sont évidents pour nous tous les jours dans notre travail.

Vous devez tenir compte des besoins du Canada rural. Lorsque le Dr Ruedy était doyen, son département nous a pressenti pour mettre sur pied un programme de médecine familiale en milieu

— to the point that we found all of the costs to operate the program locally. The university found the cost for the residents. We do a rural practice program where people go to rural communities. If you have been around the Cabot Trail, you have been into the hospitals where doctors practice as part of their rural family residency program.

We have no vacancies in any of the communities around the Cabot Trail and, in fact, we have one community where we appear to have one physician who wants to come more than what we need next year. If you expose people to the opportunity of rural practice, they will choose rural practice just as I choose to live in rural Canada and not return to urban Canada.

The other thing that we must consider is what the impact might be if the proponents for a private health care system are successful in that approach. That will most negatively impact areas of the country that have less resources, like Cape Breton or areas that are rural, because you will give added opportunity for people to follow the money — and the money is located in the major urban centres — thereby further disadvantaging rural Canada or the parts of Canada that have less income.

The final thing I want to mention very briefly is that we have to examine what it costs to run the system. Canadians do take their system for granted, without any consideration of the cost. Some time ago, I flew back from Halifax on a plane with an American who was travelling to Newfoundland. He was 40 years old. He told me very frankly that he paid \$250 a month for health insurance. He was single. He would not use the system significantly based on what I know about the average 40-year old with a \$5000-a-year deductible.

Canadians have no idea of the value they get in the health system. If you are going to examine how to raise additional money to support a system that is under great stress, I ask that you consider things like targeting health sciences technology, HST, revenue so that people know what their tax dollar is going for and understand that there is a cost to the system, or possibly examining the taxable benefit of our system.

Concerning Single Entry Access, we are the pilot area for the province. That is a best practice. We have reduced our waiting list for nursing homes from 300 to 50. The financial assessment piece has not changed. That has been around for 20 years. It has become much more evident.

Is it at all surprising that the provinces that have the lowest proportion of people covered by a pharmacare program and also the provinces that require the greatest contribution to long-term care are the provinces with the most elderly part of the population, the poorest economic situations and the biggest burden of illness? These provinces receive, I would remind you, the same amount of

rural. Nous avons saisi l'occasion — à tel point que nous finançons tous les coûts locaux du programme. L'université pour sa part finance ceux pour les résidents. Nous avons un programme rural dans le cadre duquel des gens se rendent dans des collectivités rurales. Si vous êtes allés du côté de la Piste Cabot, vous êtes allés dans les hôpitaux où des médecins exercent dans le cadre de leur programme de résidence familiale en milieu rural.

Nous n'avons aucun poste vacant dans les collectivités de la Piste Cabot et, en fait, nous avons une collectivité où il semble qu'un médecin veuille venir plus souvent que nous en avons besoin l'année prochaine. Si vous exposez les gens à la possibilité d'exercer en milieu rural, ils choisiront la pratique en milieu rural tout comme j'ai décidé de vivre au Canada rural et de ne pas revenir au Canada urbain.

L'autre aspect dont nous devons tenir compte, c'est l'impact qu'il pourrait y avoir si les défenseurs d'un système de soins de santé privé réussissent dans leurs démarches. Les pires répercussions seraient dans les régions du pays qui ont le moins de ressources, comme au Cap-Breton ou dans les régions rurales, parce qu'à ce moment-là vous allez donner aux gens une occasion supplémentaire d'aller là où il y a de l'argent — et l'argent se trouve dans les grands centres urbains — ce qui désavantagerait encore plus le Canada rural ou les régions du Canada où le niveau de revenu est moindre.

Mon dernier point est que nous devons examiner ce que nous coûte le système. Les Canadiens tiennent leur système pour acquis, sans tenir compte du coût. Il y a quelque temps, je revenais d'Halifax en avion en compagnie d'un Américain qui se rendait à Terre-Neuve. Il avait 40 ans. Il m'a dit en toute franchise qu'il payait 250 \$ par mois d'assurance-maladie. Il était célibataire. Il n'allait pas utiliser le système de façon significative d'après ce que je sais de la personne moyenne de 40 ans qui a une franchise de 5 000 \$ par année.

Les Canadiens n'ont aucune idée de la valeur qu'ils retirent du système de santé. Si vous voulez examiner la façon de recueillir des fonds supplémentaires pour appuyer un système qui subit déjà beaucoup de pression, je vous demande d'envisager des choses comme cibler la technologie des sciences de la santé, la TVH, le revenu de sorte que les gens sachent à quoi servent leurs impôts et comprennent qu'un coût est associé au système, ou encore d'examiner l'avantage imposable de notre système.

Pour ce qui est du Single Entry Access, nous sommes la région pilote dans la province. Il s'agit d'une pratique exemplaire. Nous avons réduit notre liste d'attente pour les maisons de soins infirmiers de 300 à 50. La partie de l'évaluation financière n'a pas changé. Elle est en place depuis une vingtaine d'années, elle est devenue beaucoup plus en évidence.

Y a-t-il lieu de se surprendre que les provinces qui ont la plus faible proportion de personnes couvertes par un régime d'assurance-médicaments et que les provinces qui ont besoin de la plus forte contribution pour les soins de longue durée sont celles qui ont la population la plus âgée, les situations économiques les plus pauvres et les maladies dominantes les plus nombreuses? Je



money that their grandchildren get when they move to Alberta not to use the system.

**Dr. Mahmood Naqvi, Medical Director, Cape Breton Regional Facility, Cape Breton Regional Health Care Complex:** Mr. Chairman, I would like to congratulate you and your committee for the excellent work that has been done so far.

Before I arrived, I did not know that Dr. Ruedy was going to make a presentation and, also, Mr. Malcom did not share his presentation with me. Because Dr. Ruedy and Mr. Malcom have already outlined most of the issues, I will just read the summary of my presentation. The opinions I express do not reflect my organization.

The most important issues facing health care today are human resources, aging technology, health care reform, and escalating drug costs. Our senior population is increasing rapidly and within the next ten years it will double. Our health care needs will be more taxed by the increased demand on health care resources by senior Canadians. We must consider the future and seriously address the issue of future health care funding.

In order to sustain the present level of health care with improved infrastructure and technology and bring health care reform for the 21st century, additional financing will be required. This should be addressed by the federal government by increasing the federal share in health care funding and other various approaches have been addressed to supplement the funding.

Options have weaknesses and strengths, but the simplest option would be a user pay service or co-payment, which will at least address overutilization and reduce the funding gap. Other issues require further exploration by appropriate professionals to determine how best additional funds could be obtained to maintain the services.

In order to reduce the long wait time in the emergency room and for diagnostic services and surgical procedures, there is an urgent need to upgrade the infrastructure, replace the old technology and develop newer technology and address the human resource issue of physician and nurses and other allied personnel such as nurse practitioners, midwives, et cetera.

Primary health care reform is the top priority for providing an alternate means of health care delivery including health promotion, disease prevention, disease maintenance and, also, to involve non-physician personnel in the delivery of health care. The primary health care centres also should be able to staff psychologists, social workers and laboratory services to avoid unnecessary long lines in the hospital setting.

vous rappellerais que ces provinces reçoivent le même montant d'argent que celui accordé à leurs petits-enfants qui déménagent en Alberta pour ne pas utiliser le système.

**Le Dr Mahmood Naqvi, directeur médical, installation régionale du Cap-Breton, Cape Breton Regional Health Care Complex:** Monsieur le président, je tiens à vous féliciter ainsi que les membres de votre comité pour l'excellent travail fait jusqu'à maintenant.

Avant mon arrivée, je ne savais pas que le Dr Ruedy allait vous adresser la parole et M. Malcolm ne m'a pas non plus fait part de son exposé. Étant donné que le Dr Ruedy et M. Malcolm ont déjà abordé la plupart des points, je vais me contenter de lire le résumé de mon exposé. Les opinions que j'y exprime ne sont pas celles de mon organisation.

Les questions les plus importantes dans les soins de santé aujourd'hui sont les ressources humaines, la technologie vieillissante, la réforme des soins de santé et la hausse du prix des médicaments. Notre population âgée augmente rapidement et elle aura doublé d'ici dix ans. Nos besoins en soins de santé seront davantage taxés par la demande accrue sur les ressources en soins de santé par les Canadiens âgés. Nous devons songer à l'avenir et examiner la question du financement futur des soins de santé.

Pour soutenir le niveau actuel de soins de santé grâce à une amélioration de l'infrastructure et de la technologie et pour réformer les soins de santé et les adapter au XXI<sup>e</sup> siècle, il faudra un financement supplémentaire. Le gouvernement fédéral pourrait le faire en augmentant la part du fédéral dans le financement des soins de santé et d'autres méthodes ont été envisagées pour compléter le financement.

Les options ont des points forts et des points faibles, mais la plus simple serait le ticket modérateur ou la quote-part, ce qui permettrait au moins de couvrir la surutilisation et de réduire l'écart au chapitre du financement. D'autres questions doivent être examinées plus en profondeur par les spécialistes afin de déterminer la meilleure façon d'obtenir des fonds additionnels pour maintenir le service.

Pour réduire les longues attentes dans les salles d'urgence et les services de diagnostic ainsi que les opérations, on doit de toute urgence améliorer l'infrastructure, remplacer l'ancienne technologie et mettre au point de nouvelles techniques, sans oublier qu'il faut examiner la question des ressources humaines pour ce qui est des médecins, des infirmiers et des infirmières et des autres membres du personnel tels que les infirmières praticiennes, les sages-femmes, et tout le reste.

La réforme des soins de santé primaires est la grande priorité qui permettra de trouver des solutions de rechange à la prestation des soins de santé, notamment la promotion de la santé, la prévention des maladies, l'entretien et, aussi, pour permettre à du personnel autre que des médecins d'intervenir dans la prestation des soins de santé. Les centres de soins de santé primaires devraient aussi pouvoir avoir à leur effectif des psychologues, des travailleurs sociaux et des services de laboratoire afin d'éviter les longues attentes inutiles dans les hôpitaux.

Primary health care centres must be provided with the tools of technology such as computerization of practice, electronic records, computer linkage, Internet linkage, and the telehealth consultation facilities. A system of accountability for primary health care centres should be developed and there should be a mechanism for rewarding physicians who provide the best and most appropriate evidence-based medicine. A system of alternative payment for these primary health centres should be mandatory and a fee-for-service system should be eliminated in these centres.

As Canada continues to have a shortage of physicians and nurses, it will be extremely difficult to have these centres operational unless efforts are made to increase the involvement of students in medical schools and nursing schools.

The national pharmacare program and the homecare program should remain under the jurisdiction of the provincial government; however, additional drug formularies should be collaborative with the provinces.

The health of Aboriginal Canadians should be integrated between federal, provincial, territorial and municipal levels of government. A comprehensive plan should be developed to include training of Aboriginal people in the provision of the health care. Services should be culturally appropriate to the population.

Finally, federal and provincial levels of government must stop blaming each other for the ills of the health care service delivery. They should make a co-operative, rational effort to address serious problems such as human resources, long waiting lists and lineups at the emergency room. This will only come about when the funding of health care is equally shared at the federal and provincial levels on a 50:50 basis. Additional funds may have to be secured through co-payment.

Finally, I would like to thank the committee for sharing this document with us. I hope some of suggestions that I have outlined will be of value in developing your final draft.

**Dr. Thomas Rathwell, Professor and Director, Faculty of Health Professions, School of Health Services Administration, Dalhousie University:** I would like to thank the committee for the opportunity to address you this afternoon.

Like my colleague, I found the fourth report, "Issues and Options," an extremely thoughtful document that covered the main issues. I have a slightly different interpretation of the relevance of some issues, but maybe that is a discussion we can get into.

I will confine my remarks to four points relating to the report.

Concerning the comment in the report about efficiency and effectiveness, you argue that there two schools, one of which argued that we have enough funding within this system and that it is just a matter of how we use it and that, if we were a bit more

Les centres de soins de santé primaires doivent disposer des outils technologiques nécessaires tels que l'automatisation des cabinets, les dossiers électroniques, les liens informatiques, les liens Internet et les installations de consultation à distance. On devrait mettre au point un système d'imputabilité pour les centres de soins de santé primaires et trouver un mécanisme pour récompenser les médecins qui pratiquent la médecine fondée sur les résultats cliniques et scientifiques la plus appropriée et la meilleure. On devrait avoir un système de paiement de remplacement pour les centres de soins de santé primaires et on devrait utiliser le ticket modérateur dans ces centres.

Étant donné que le Canada continue d'être à court de médecins et de personnel infirmier, il sera extrêmement difficile de rendre ces centres opérationnels, à moins que l'on déploie des efforts pour accroître la participation des étudiants des écoles de médecine et des écoles de soins infirmiers.

Le programme national d'assurance-médicaments et le programme de soins à domicile devraient continuer de relever de la compétence provinciale; cependant, d'autres formulaires pharmaceutiques devraient être collaboratifs avec les provinces.

La santé des Autochtones au Canada devrait être intégrée entre les paliers de gouvernement, fédéral, provincial, territorial et municipal. On devrait mettre au point un régime global pour inclure la formation d'Autochtones dans la prestation de soins de santé. Les services devraient être appropriés sur le plan culturel pour la population.

Enfin, les gouvernements fédéral et provinciaux doivent cesser de se lancer la pierre pour les problèmes dans la prestation des services de soins de santé. Ils devraient déployer en collaboration des efforts rationnels pour examiner les graves problèmes tels que les ressources humaines, les longues listes d'attente et les débordements dans les salles d'urgence. On y parviendra lorsque le financement des soins de santé sera également partagé entre les gouvernements fédéral et provinciaux. Des fonds additionnels pourraient provenir d'un système de quote-part.

Enfin, j'aimerais remercier le comité de nous avoir transmis ce document. J'espère que les quelques suggestions que j'ai faites vous aideront à élaborer votre rapport définitif.

**Le Dr Thomas Rathwell, professeur et directeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé, Université Dalhousie:** Je tiens à remercier les membres du comité de me donner la possibilité de vous adresser la parole cet après-midi.

Tout comme mon collègue, j'ai trouvé que le quatrième rapport, «Questions et options» était un document extrêmement bien fait qui couvrait les grandes questions. J'ai une interprétation légèrement différente quant à la pertinence de certaines questions, mais peut-être que c'est une discussion que nous pouvons avoir.

Je vais limiter mes remarques à quatre points au sujet du rapport.

S'agissant de l'observation dans le rapport au sujet de l'efficacité et de l'efficience, vous soutenez qu'il y a deux écoles, une première qui soutenait que nous avions suffisamment de financement dans le système et que ce n'est qu'une question de



imaginative in the way we delivered care, we could have savings and use those savings to fund other aspects of health care.

The other side was that with better management we could do more with what we have. In essence, it is not really one school or the other, it is, in fact, both. Both schools are tenable, as outlined in your report. What really is lacking, both at the federal and the provincial level, is a coherent strategy for the health care system.

The system seems to be driven primarily by political considerations. That is not to say that political considerations are not important. However, that seems to be the sole strategy in making decisions about regionalization within this province and elsewhere. Decisions were made primarily on political grounds, not with any coherent and thoughtful consideration of the evidence about the effects of regionalization.

Your report comments about value of co-payments or user fees, in the jargon. You rightly point out that where these apply in most jurisdictions, particularly within Europe, that the funds raised through co-payments just about cover the cost of administering the system with all the various exemptions and everything that are built into it.

You comment about how important these seem to have been in Sweden in deterring inappropriate use of the system. The evidence that I have seen suggests that, in a sense, user fees deter but they do not deter effectively. In other words, you really would like to affect behaviour of certain people, but their behaviour is not necessarily affected by user fees.

User fees disproportionately affect those at the lower end of the economic spectrum regardless of whether or not there are exemptions built into the system. I am just adding a caution about the value of user fees. If they are to be introduced as a result of public discussion, then, in my view, it is a political decision to do that. It is not an economic decision and should not be considered as such.

The other major point in your report concerns the value of private medical insurance. You, quite rightly, point out that there are two perspectives of the value. One says it is valuable and will bring certain benefits. The other side of the argument is that it will not and that it has some negative effects.

From my experience with the public-private links in health care and a number of European citizens, there are clear issues that arise. There is an inconsistency in your report. There are some very interesting aspects of the private medical component of European health care systems that are well worth considering.

l'utilisation que l'on en fait et que, si nous faisons un peu plus preuve d'imagination dans la façon dont nous fournissons les services, nous pourrions réaliser des économies et utiliser ces dernières pour financer d'autres aspects des soins de santé.

La deuxième école était qu'avec une meilleure gestion, nous pourrions faire plus avec ce que nous avons. Essentiellement, ce n'est pas vraiment une école ou l'autre, c'est en fait les deux. Les deux sont possibles, comme vous le dites dans le rapport. Ce qu'il manque vraiment, tant au niveau fédéral que provincial, c'est une stratégie cohérente pour le système de soins de santé.

Le système semble axé principalement sur des considérations d'ordre politique. Cela ne veut pas dire que les considérations d'ordre politique ne sont pas importantes. Cependant, cela semble être la seule stratégie dans la prise de décisions au sujet de la régionalisation dans cette province et ailleurs. Les décisions ont été prises principalement pour des motifs politiques, sans que l'on tienne compte de façon cohérente et réfléchie des preuves concernant les répercussions de la régionalisation.

Il est question dans votre rapport de la valeur de la quote-part ou du ticket modérateur, comme on dit dans le jargon. Vous signalez à juste titre que ces mécanismes s'appliquent dans la plupart des compétences, en particulier en Europe, que les fonds recueillis à l'aide de la quote-part couvrent tout juste les coûts d'administration du système avec toutes les exceptions et tout ce qui est compris dans le système.

Vous indiquez à quel point ces mécanismes ont eu de l'importance en Suède pour prévenir la mauvaise utilisation du système. Les preuves que j'ai vues indiquent que, dans un sens, le ticket modérateur est un moyen de dissuasion, mais qu'il n'est pas efficace. Autrement dit, vous aimeriez vraiment influencer sur le comportement de certaines personnes, mais ce n'est pas nécessairement le ticket modérateur qui a une incidence sur ce comportement.

Le ticket modérateur a une incidence disproportionnée sur les personnes qui se trouvent dans la partie inférieure de l'échelle économique, peu importe qu'il y ait ou non des exemptions incorporées au système. J'ajoute une mise en garde au sujet de la valeur du ticket modérateur. Si on doit le mettre en place à la suite d'une discussion publique, alors, à mon avis, c'est une décision politique de le faire. Ce n'est pas une décision économique et on ne devrait pas considérer que c'est une décision économique.

L'autre point important soulevé dans votre rapport a trait à la valeur de l'assurance médicale privée. Vous faites remarquer, à juste titre, qu'il y a deux points de vue à la valeur. Dans un premier temps, il y a une valeur et elle apportera certains avantages. D'autre part, il n'y aura pas d'avantage au système et en plus il a des effets négatifs.

D'après mon expérience des liens publics et privés dans la prestation des soins de santé et d'après plusieurs Européens, des problèmes évidents sont soulevés. Il y a une incohérence dans votre rapport. Il y a des aspects très intéressants de la composante médicale privée des systèmes de soins de santé européens qui méritent d'être examinés de près.

In the Netherlands, the structure of the system is that if your income exceeds a certain threshold, you are compulsorily opted out. In other words, you are no longer part of the social insurance system. You then have to take out private medical insurance. The interesting aspect of that, in the Netherlands, is whether you are part of the social insurance system or whether you have private medical insurance, there is no distinction in the level and type of treatment you receive. That underlines an important component within many European health care systems: concern about core principles of equity and solidarity — or, as we would call it here, universality — and that anything that is done does not undermine those core principles.

Interestingly, in Germany there is also a threshold at which you have the choice to voluntarily opt out of the public social insurance system. Only 10 per cent of the people in Germany have private health insurance, so, of about the 30 per cent or so who might be eligible in the total population, a relatively small proportion choose to pursue that option.

In Germany, if you choose to opt out, in other words if you choose not to participate in the public system, then you stay out. You cannot decide a year later or two years later that maybe you made a mistake when, all of a sudden, your private premiums have gone up because you have a chronic illness or whatever. You have to stay out. That is a legal requirement.

That brings me then to my final comment, which I will make briefly, and that is on the central role for regulation in any mixed health care system. In most European systems, there are very detailed regulations in place that govern both the public and private components of the system. If the policy decision is that there should be an increased role for private medical insurance within the Canadian health care system, then it is important to do a number of things.

It is important to regulate strategically, to think through what are the regulations we must have in place and when we must have them in place. The consensus from many European systems is that the regulation should precede change, not follow it. It is also important to be very clear that the regulations are tailored to policy and system objectives.

Last, it is not just a matter of having regulations. Once they are in place, it is important to follow the axiom of "trust but verify." In other words, once the regulations are placed, you trust the organizations involved to actually adhere to those regulations but not to the extent that you do not verify that they do.

**The Chairman:** Dr. Ruedy, is your health links project unique? You talk about it as a consumer-based information program, and it is a pilot project funded in part by the federal government. Is that a set of software and programs unique to your health region or is this sort of a roll-out of a national program?

Aux Pays-Bas, la structure du système fait que si votre revenu dépasse un certain seuil, vous en êtes automatiquement exclus. Autrement dit, vous ne faites plus partie du service d'assurance des services sociaux. Vous devez alors souscrire une assurance médicale privée. L'aspect intéressant de ce système, aux Pays-bas, que vous fassiez partie du système d'assurance des services sociaux ou que vous souscriviez une assurance médicale privée, on ne fait aucune distinction dans le niveau et le type de traitement que vous recevez. Cela met en évidence une composante importante de nombreux systèmes de soins de santé européens: la préoccupation relativement aux principes de base de l'équité et de la solidarité — ou, comme nous l'appellerions ici, l'universalité — et que quoi que ce soit qui est fait, rien ne vient saper ces principes de base.

Fait intéressant, en Allemagne on a également un seuil à partir duquel vous choisissez de quitter volontairement le régime d'assurance publique des services sociaux. Seulement 10 p. 100 des citoyens de l'Allemagne ont un régime d'assurance-maladie privée de sorte que sur les quelque 30 p. 100 de citoyens qui pourraient être admissibles dans toute la population, une proportion relativement faible a choisi cette option.

En Allemagne, si vous choisissez de ne pas participer au régime public, vous n'y participez plus. Vous ne pouvez pas décider un an ou deux ans plus tard que c'était peut-être une erreur alors que tout d'un coup vos cotisations au régime privé ont augmenté en raison d'une maladie chronique ou peu importe. Vous devez continuer de vous en abstenir, c'est une exigence prévue par la loi.

Ce qui m'amène à ma dernière observation, qui sera brève, et qui porte sur le rôle central de la réglementation dans un régime de soins de santé mixte. Dans la plupart des régimes européens, il existe des règlements très détaillés qui régissent les composantes publique et privée du système. Si la décision stratégique est qu'il devrait y avoir un rôle accru de l'assurance médicale privée dans le système de soins de santé au Canada, il est alors important de faire plusieurs choses.

Il est important de réglementer stratégiquement, de bien penser aux règlements que nous devons mettre en place et à quel moment le faire. Le consensus qui se dégage de nombreux systèmes européens est que la réglementation devrait précéder le changement, et non le contraire. Il est également important d'indiquer très clairement que les règlements sont adaptés aux objectifs en matière de politique et de système.

Enfin, ce n'est pas tout d'avoir des règlements. Une fois qu'ils sont en place, il est important de suivre l'axiome «faire confiance, mais vérifier». Autrement dit, une fois les règlements en place, vous devez avoir confiance que les organismes en cause vont effectivement respecter les règlements, mais pas au point de ne pas vérifier qu'ils le font.

**Le président:** Docteur Ruedy, est-ce que votre projet de liens dans le domaine de la santé est unique? Vous en parlez comme d'un programme d'information axé sur les consommateurs, et il s'agit d'un projet pilote financé en partie par le gouvernement fédéral. S'agit-il d'un ensemble de logiciels et de programmes propres à votre région de santé ou est-ce une forme de déploiement d'un programme national?



**Dr. Ruedy:** It is a roll-out of a national program.

**The Chairman:** The health links program is national. Is this being pilot tested in several places?

**Dr. Ruedy:** Yes.

**The Chairman:** Do you know if it is being tested anywhere else in the region besides here?

**Dr. Ruedy:** I am unsure of that. John, do you know? I do not think so.

**The Chairman:** Mr. Malcom, can I ask you a question that came up in an earlier set of hearings? The issue was put to us in the following way: A lot of the federal government pilot projects require matching funding from the province and it was suggested to us that automatically meant that most pilot projects would only take place in richer provinces because the smaller provinces were having enough trouble finding money for the health care system and they could not afford extra money for pilot projects in, for example, Cape Breton. Does that coincide with your own experience? Do you think that is true, or is that not quite accurate?

**Mr. Malcom:** It is partially true. If you are committed, you will find the resources.

**The Chairman:** Yes.

**Mr. Malcom:** We were the first district in the province to commit to population health. We have a Director of Population Health and Research. That is it. We do not have the resources. We have "one offs." There is no question that, in an economically depressed area, we cannot raise the same amount of money through fundraising for equipment. We do not have the ability to match moneys that might come along or necessarily even the money to prepare the proposals in the first instance.

**The Chairman:** Right.

**Mr. Malcom:** We are too busy delivering care.

**The Chairman:** Yet, in some respects, it is the least advantaged regions that most need help.

**Mr. Malcom:** Yes, and, as I believe I have made the point, the system has to recognize that the problems are not shared equally across the country and, hopefully, the federal government will help to level that a bit.

**The Chairman:** Can I ask all of you one question? You may not have any information, but the committee has been seeking this information. One of the tragic things about the Atlantic provinces is the fact that, on average, there is 25 per cent of the population without any kind of a drug plan. That is a statistical fact. I guess I am trying to translate that statistical fact into real human consequences.

Have you, in the course of your own dealings with patients, run into cases, for example, where someone is given a prescription by a doctor but cannot afford to fill it or they are seniors at very low incomes with the problem of whether to pay the rent, buy the

**Le Dr Ruedy:** C'est le déploiement d'un programme national.

**Le président:** Le programme des liens de santé est national. Fait-il l'objet d'un projet pilote dans plusieurs régions?

**Le Dr Ruedy:** Oui.

**Le président:** Savez-vous s'il fait l'objet d'un test ailleurs dans la région, à part ici?

**Dr Ruedy:** Je n'en suis pas certain. John, le savez-vous? Je ne pense pas.

**Le président:** Monsieur Malcolm, puis-je vous poser une question qui a été posée dans des audiences précédentes? On nous l'a posée ainsi: un grand nombre des projets pilotes du gouvernement fédéral font appel à un financement de contrepartie de la part de la province et on nous a laissé entendre que cela signifiait automatiquement que la plupart des projets pilotes ne se dérouleraient que dans les provinces plus riches parce que les provinces plus petites avaient déjà beaucoup de difficulté à trouver l'argent nécessaire pour leur propre système de soins de santé et qu'elles ne pouvaient pas se permettre d'ajouter des fonds pour des projets pilotes dans, par exemple, la région du Cap-Breton. Est-ce que cela correspond à votre propre expérience? Pensez-vous que ce soit vrai, ou est-ce inexact?

**M. Malcom:** C'est en partie vrai. Si vous êtes déterminé, vous allez trouver les ressources.

**Le président:** Oui.

**M. Malcom:** Nous avons été le premier district de la province à nous engager dans la question de la santé de la population. Nous avons un directeur de la recherche et de la santé de la population. C'est tout. Nous n'avons pas les ressources. Nous avons des «exemplaires uniques». Il ne fait aucun doute que dans une région qui vit des difficultés économiques, nous ne pouvons pas recueillir le même montant d'argent par le financement pour de l'équipement. Nous n'avons pas la capacité de fournir des fonds de contrepartie qui pourraient accompagner cela ni nécessairement l'argent pour préparer les propositions pour commencer.

**Le président:** Exact.

**M. Malcom:** Nous sommes trop occupés à fournir des soins.

**Le président:** Pourtant, à certains égards, ce sont les régions les plus défavorisées qui ont le plus besoin d'aide.

**M. Malcom:** Oui, et, comme je crois l'avoir fait remarquer, le système doit reconnaître que les problèmes ne sont pas partagés de façon égale d'un bout à l'autre du pays et, je l'espère, que le gouvernement fédéral aidera à uniformiser tout cela.

**Le président:** Puis-je vous poser une question à tous? Vous n'avez peut-être pas de renseignements à cet égard, mais le comité essaie de trouver cette information. Une des tragédies au sujet des provinces de l'Atlantique, c'est qu'en moyenne il y a 25 p. 100 de la population qui n'a aucun régime d'assurance-médicaments. C'est une donnée statistique. Je suppose que j'essaie de traduire cette donnée statistique en véritables conséquences humaines.

Avez-vous, dans le cadre de vos tractations avec les patients, eu des cas, par exemple, où quelqu'un se fait remettre une ordonnance par un médecin mais ne peut pas se permettre de la faire remplir, ou il s'agit de personnes âgées à faible revenu pour

drugs, or pay for food and so on? I would like to try to put a human face on that problem and get some sense of its magnitude. That is open to the panel if anybody has any comment.

**Dr. Naqvi:** This is a good issue for your committee to study. As far as we are concerned, we do not have that situation. We are providing drugs to long-term mental health patients through the hospitals because these people do not have insurance otherwise. This is something for your committee to examine to determine if this is true. We do not have any situation where people cannot afford to buy drugs. If there were such a situation, somehow drugs would be provided through the hospitals.

**The Chairman:** Dr. Ruedy, is that your experience in Halifax, as well?

**Dr. Ruedy:** I am too far away from that to be able to answer the question.

**The Chairman:** It is not your area.

**Mr. Malcom:** Maybe if I could answer that from practical experience. We charge \$1 a day to park at our regional hospital.

**The Chairman:** Sorry, was that \$1 a day to park?

**Mr. Malcom:** Yes, we charge \$1 a day to park.

**The Chairman:** Okay.

**Mr. Malcom:** In Cape Breton there is still a fight over \$1 a day in to park.

**The Chairman:** Do you realize that gets you roughly 30 seconds in downtown Toronto?

**Mr. Malcom:** Right, I know. I have lived in urban Ontario, but I am giving you a perspective. I was standing in line at the cafeteria and the lady in front of me bought a bagel and she was scraping her last pennies to pay for that bagel. There are poor people in our area. I could not help wonder how she paid to get out of the parking lot if she had parked her car there.

Do we have the numbers of people who cut their prescriptions, or do not take the full prescriptions, or extend the prescriptions, or have prescriptions lapse because they run out of drugs before the next cheque comes? No, we do not, but I can say that there is a difference, having worked in Ottawa, Saskatoon, Montreal, and Cape Breton, and that has to do with the level of income.

This province has the lowest disability-free life expectancy of any province or area in the country. That was reported in *Maclean's* last week. I was talking to the Assistant Deputy Minister of Finance this past week and asked him a question on tax revenue. He told me that we have the highest proportion of

qui le problème est de décider de payer le loyer, d'acheter des médicaments ou de payer pour la nourriture et tout le reste? J'aimerais essayer de donner un aspect humain à ce problème et d'avoir une idée de son ampleur. La question s'adresse à tous les témoins.

**Le Dr Naqvi:** C'est une bonne question à étudier pour votre comité. En ce qui nous concerne, nous n'avons pas cette situation. Nous fournissons des médicaments à des patients souffrant de troubles mentaux à long terme par l'entremise des hôpitaux, parce que ces gens n'ont autrement aucune assurance. C'est une question que votre comité devrait examiner pour déterminer si c'est vrai. Nous n'avons aucune situation dans laquelle des gens ne peuvent pas se permettre d'acheter leurs médicaments. Si nous avions une telle situation, les médicaments leur seraient fournis par l'entremise des hôpitaux.

**Le président:** Docteur Ruedy, est-ce également votre expérience à Halifax?

**Le Dr Ruedy:** Je suis trop loin de tout cela pour pouvoir répondre à la question.

**Le président:** Ce n'est pas votre domaine.

**M. Malcolm:** Je pourrais peut-être répondre d'un point de vue de l'expérience pratique. Nous demandons des frais de 1 \$ par jour pour stationner à notre hôpital régional.

**Le président:** Désolé, avez-vous dit 1 \$ par jour pour stationner?

**M. Malcolm:** Oui, nous demandons 1 \$ par jour pour stationner.

**Le président:** Très bien.

**M. Malcolm:** Au Cap-Breton, on se bat encore pour des frais de 1 \$ par jour pour stationner.

**Le président:** Vous rendez-vous compte qu'à ce tarif vous avez droit à peu près à 30 secondes de stationnement au centre-ville de Toronto?

**M. Malcolm:** En effet, je le sais. J'ai vécu en milieu urbain en Ontario, mais je vous donne seulement un point de vue. J'attendais en file à la cafétéria et la dame en avant de moi a acheté un bagel et elle a utilisé tout l'argent qu'il lui restait pour l'acheter. Il y a des gens pauvres dans notre région. Je n'ai pu m'empêcher de me demander comment elle a fait pour payer le stationnement, si elle a effectivement stationné sa voiture là.

Avons-nous le nombre de personnes qui réduisent leurs ordonnances ou qui ne les remplissent pas au complet, ou qui les prolongent, ou encore dont les prescriptions viennent à échéance parce que ces personnes ont manqué de médicaments avant de recevoir leur chèque suivant? Non, nous ne l'avons pas, mais je peux dire qu'il y a une différence, puisque j'ai travaillé à Ottawa, à Saskatoon, à Montréal et au Cap-Breton, et cela a rapport au niveau de revenu.

De toutes les provinces ou régions du pays, la Nouvelle-Ecosse a la plus faible espérance de vie sans incapacité. C'est ce que l'on révélait dans le *Maclean's* la semaine dernière. Je parlais au sous-ministre adjoint des Finances et je lui ai posé une question au sujet des recettes fiscales. Il m'a dit que nous avons la proportion



people in any province in the lowest tax bracket. Those two statistics go together.

**The Chairman:** That is scary stuff.

**Senator Robertson:** Dr. Ruedy, I understand that you have or have had an association with the medical school here.

**Dr. Ruedy:** Yes, I was Dean of the medical school.

**Senator Robertson:** As a former Dean of the medical school, you probably have kept up with its activities, if you do not have an official capacity there now. I want to read a statement that Dr. Haddad, President of the Canadian Medical Association, made to us on May the 16th in connection with Health Human Resources.

I shall just extract one section here. He said that something must be done about medical education, that tuition deregulation has meant that tuition for students is becoming prohibitive and if we do not do something soon, it will only be sons and daughters of wealthy Canadians who will be able to go to medical school and choose a career in medicine. That would not do good things for demographics in terms of distribution of physicians as well as some of the cultural needs of some of our disadvantaged communities in Canada.

I would add my own comment to that. We probably would not be getting the best brains. Can you comment on Dr. Haddad's concern?

**Dr. Ruedy:** I entirely agree with Dr. Haddad. In fact, there was a published study from the University of Western Ontario that followed the significant increase in tuition in the medical school, in which it was demonstrated that application and acceptance to the University of Western Ontario Medical School were more skewed to the well-to-do than they had been previously.

We have had an unbelievably difficult problem in this province in attracting our Aboriginal, Mi'kmaq and Black sons and daughters into medical school. Part of that has been that high school, home and peer environments make it appear beyond expectation that these individuals could ever afford to go to medical school. It is not that they do not have the brains, it is just economically beyond them. This has been seriously augmented by the very large increases in tuition that have occurred over the last five years.

**Senator Robertson:** That is very unfortunate. That might be a role where the federal government could be directly involved in the provinces through the medical schools.

Perhaps it was Dr. Ruedy who spoke about the need for our professionals in the health system to better utilize their time, and that there are things that doctors are doing that nurses could do and things nurses do that could be done by nursing assistants, et cetera.

la plus élevée de gens de toutes les provinces dans la plus faible tranche d'imposition. Ces deux statistiques vont de pair.

**Le président:** C'est à faire peur.

**Le sénateur Robertson:** Docteur Ruedy, je crois comprendre que vous avez ou avez eu une association avec l'école de médecine ici.

**Le Dr Ruedy:** Oui, j'étais le doyen de l'école de médecine.

**Le sénateur Robertson:** En tant qu'ancien doyen de l'école de médecine, vous avez probablement continué de vous tenir au courant de ses activités si vous n'avez plus de poste officiel là-bas. Je vais lire une déclaration faite par le Dr Haddad, président de l'Association médicale canadienne, le 16 mai lorsqu'il a témoigné devant nous en rapport avec les ressources humaines de santé.

Je vais en extraire seulement une partie. Il a dit que quelque chose doit être fait au sujet de l'enseignement dans le domaine médical, que la déréglementation des frais de scolarité a fait que ces derniers sont devenus prohibitifs pour les étudiants et que si nous ne faisons pas quelque chose bientôt, seulement les fils et les filles des Canadiens riches pourront faire leurs études en médecine et choisir une carrière en médecine. Cela n'aurait pas de bons résultats sur le plan démocratique en terme de répartition des médecins, ni sur le plan des besoins culturels de certaines de nos collectivités défavorisées au Canada.

J'ajouterais ma propre observation à la sienne. Nous n'obtiendrions probablement pas les meilleurs cerveaux non plus. Que pensez-vous de la préoccupation du Dr Haddad?

**Le Dr Ruedy:** Je suis tout à fait d'accord. En fait, l'Université Western Ontario a publié une étude après l'augmentation importante des frais de scolarité à l'école de médecine, étude dans laquelle il a été démontré que la présentation d'une demande et l'admission à l'école de médecine de l'Université Western Ontario étaient plus liées aux bien nantis qu'auparavant.

Nous avons eu, dans cette province, une difficulté incroyable à attirer nos Autochtones, nos Micmacs et nos Noirs à l'école de médecine. C'est attribuable en partie au fait que les divers milieux, que ce soit l'école secondaire, la maison ou les pairs, donnent l'impression que c'est hors de portée pour ces personnes en raison du coût. Ils ont l'intelligence, c'est purement économique. Les très importantes augmentations des frais de scolarité des cinq dernières années n'ont pas aidé du tout.

**Le sénateur Robertson:** C'est vraiment malheureux. Il pourrait s'agir d'un rôle pour le gouvernement fédéral qui pourrait intervenir directement auprès des provinces par l'entremise des écoles de médecine.

Je ne me rappelle pas, c'est le Dr Ruedy qui a parlé de la nécessité pour nos professionnels du système de soins de santé de mieux utiliser leur temps, et qui a dit qu'il y a des choses que les médecins font qui devraient être faites par les infirmiers et infirmières et qu'il y a des choses que les infirmières et infirmiers font qui pourraient être faites par des infirmières ou des infirmiers auxiliaires autorisés, et cetera.

We have heard, right across the country, that people are almost clutching to their traditional roles, at great expense and waste of the taxpayers' dollar. Can you give us advice as to how we could perhaps help the government to break down those barriers between the professions and have better sharing? It is a worry. Would anyone care to answer?

**Dr. Ruedy:** I disagree that the only factor is professions hanging onto their turf. In fact, I do not think that is a major issue. I think the issue is that because of unionization of our workers, it is difficult to transfer tasks.

In primary care, there is nobody to transfer those tasks to because the primary care physician is working alone in the office, or perhaps with a secretary who may have had some professional training. There is not the infrastructure in human resources so that the primary care physician can delegate tasks.

What must be addressed is the human infrastructure resources rather than breaking down of professional turf. Physicians have enough physician things to do to keep them fully occupied.

**Dr. Naqvi:** The situation of integration, as I said in my brief, is that we do require people like nurse practitioners and midwives. There is no problem for midwives to be part of the obstetrical program in the hospital. The issues remain the same: You cannot get these people into the workforce until you have infrastructure for them.

I do not know if there is a school of nursing or a school of nurse practitioners in Nova Scotia at the present time. They will have to go to Ontario for training unless something is started here. It is not available.

**Dr. Rathwell:** You do not have to go to Ontario to become a nurse practitioner in this province. The Faculty of Health Professions and the School of Nursing have a program for nurse practitioners and just graduated their first two recipients of that degree this year, one of which was an Aboriginal student who will work as the sole medical provider in her community in Newfoundland. We are progressing in making important professional changes within the province and within the region.

**Mr. Malcom:** I would support the comment. There is willingness within the health professionals to examine the issue. I will mention a very practical thing. I am not sure that everybody wants to always assume the higher task and the more demanding task. Right now in our system, as has been referenced, there are a lot of vacancies. The system is under a great deal of stress. It does not matter if you are a physician or a nurse.

Some of the tasks that you might be able to transfer to the nurse or the Licensed Practical Nurse, LPN, are very rewarding and not that taxing. The idea of giving up simple stuff that is rewarding in order to take on more complex stuff that is harder to do is a hard

Nous avons entendu dire d'un bout à l'autre du pays que des gens s'accrochent littéralement à leurs rôles traditionnels, à grands frais, et gaspillent l'argent des contribuables. Pouvez-vous nous donner des conseils sur la façon dont nous pourrions peut-être aider le gouvernement à éliminer ces obstacles entre les professions et à avoir un meilleur partage. C'est une inquiétude. Quelqu'un peut-il répondre?

**Le Dr Ruedy:** Je ne suis pas d'accord quand vous dites que le seul facteur est que les professions s'accrochent à leurs intérêts. En fait, je ne pense pas que ce soit un problème important. Je crois que le problème est lié à la syndicalisation de nos travailleurs, au fait qu'il est difficile de transférer des tâches.

Dans les soins primaires, on ne peut pas transférer ces tâches à quelqu'un d'autre parce que les médecins en soins primaires travaillent seuls, dans leur cabinet, ou peut-être avec une secrétaire dont la formation professionnelle peut être limitée. L'infrastructure en ressources humaines est absente de sorte que le médecin en soins primaires ne peut déléguer de tâches.

Il faut plutôt voir aux ressources de l'infrastructure humaine qu'aux intérêts professionnels. Les médecins ont suffisamment de tâches propres pour se tenir occupés à longueur de journée.

**Le Dr Naqvi:** La situation de l'intégration, comme je l'ai dit dans mon mémoire, fait que nous avons besoin de personnes comme les sages-femmes et les infirmières praticiennes. Il n'y a aucun problème que les sages-femmes fassent partie du programme d'obstétrique d'un hôpital. Les problèmes ne changent pas. Vous ne pouvez pas intégrer ces personnes dans votre effectif tant que vous n'avez pas l'infrastructure nécessaire en place.

Je ne sais pas s'il y a à l'heure actuelle une école de soins infirmiers ou une école pour infirmières praticiennes en Nouvelle-Écosse. Il faudra que ces personnes aillent en Ontario pour suivre leur formation, à moins que l'on entreprenne quelque chose ici. Ce n'est pas offert pour l'instant.

**Le Dr Rathwell:** Il n'est pas nécessaire d'aller en Ontario pour devenir infirmière praticienne en Nouvelle-Écosse. La Faculté des professions de la santé et l'École de soins infirmiers ont un programme à l'intention des infirmiers et infirmières praticiennes qui viennent d'avoir leur première promotion de deux diplômées cette année, une de ces diplômées étant une Autochtone qui travaillera en tant que seule fournisseuse de soins de santé dans sa collectivité à Terre-Neuve. Nous progressons grâce à des changements importants sur le plan professionnel dans la province et dans la région.

**M. Malcolm:** Je suis d'accord avec l'observation. Les professionnels de la santé sont prêts à examiner la situation. Je vais vous donner un exemple pratique. Je ne suis pas certain que tout le monde veut toujours assumer la tâche la plus importante et la tâche la plus exigeante. À l'heure actuelle, dans notre système, comme on l'a mentionné, il y a beaucoup de postes vacants. Le système subit une pression énorme, peu importe que vous soyez médecin, infirmier ou infirmière.

Certaines des tâches que vous pourriez transférer aux infirmières ou aux infirmières auxiliaires autorisées, IAA, sont très stimulantes et pas tellement taxantes. L'idée d'abandonner des tâches simples et stimulantes afin de prendre des tâches plus



sell in some instances, but there is a willingness to examine these options.

**Senator Robertson:** That is encouraging and that perhaps is different testimony from what we have received. I found it very interesting. I guess what you are telling us, gentlemen, is that we should examine methodologies that would encourage infrastructure changes in delivery rather than examining professions.

**Senator LeBreton:** Dr. Ruedy, you spoke about your pilot project and you used the example of filling out a prescription. This is something that we have run into all across the country.

We talk about, for the lack of a better term, "health smart cards." When we were in Ontario, we heard a physician who advocated that if these medical smart cards were prepared on individuals, they should be held by physicians. Other people argued that smart cards should be held by the patient. Do you think the time for this has come? My colleague, Dr. Keon, described it almost like a dog tag in the U.S. Army. You control the information that is on your card. You control it, so you control the privacy access to it. However, if there is information that you want shared, you have control over that, as well.

It impacts on accountability because many people do not realize what is expended on their behalf in the health care system. Do you think that we will ever get to a health smart card or something along that line that would also address the issue of overprescription of medications?

**Dr. Ruedy:** I do not have a dog, but I understand from my secretary who does have a dog, that her dog has a health smart card. Everything is on that card. The technology is there and there are ways of controlling access. I personally think the patient should be the owner of all the information.

**Senator LeBreton:** So do I.

**Dr. Ruedy:** Access to parts of that information can be controlled so that the patient's physician can have access to some or all of the information. The pharmacist can have access to the relevant information. The technology is there. We must get to that level of information if we are going to make any move forward in being able to assess the health outcomes of what we do.

**Senator LeBreton:** Personally, I would not object, if I were to collapse in the street, to someone feeding my card into a computer to figure out what kind of a medical condition I had. I do not understand why people are concerned about it.

On issue of misusing resources, of doctors and nurses doing things they need not do, Mr. Malcom, you talked about nice tasks that you might be reluctant to give up.

We had primary care doctors in British Columbia who spoke about rural and remote areas. There seems to be some politics on this in the medical profession. I would like you to address the notion of having a primary care physician responsible for developing levels of services in the community in order to have

complexes, plus difficiles à exécuter, est difficile à faire accepter dans certains cas, mais il y a une volonté d'examiner ces options.

**Le sénateur Robertson:** C'est encourageant et c'est peut-être différent des témoignages que nous avons reçus. J'ai trouvé cela très intéressant. Je suppose que ce que vous nous dites messieurs, c'est que nous devrions étudier des méthodologies qui encourageraient des changements d'ordre infrastructurel dans la prestation plutôt que de réexaminer les professions.

**Le sénateur LeBreton:** Docteur Ruedy, vous avez parlé de votre projet pilote et vous avez donné l'exemple d'une ordonnance. C'est quelque chose qui nous est mentionné partout au pays.

Nous parlons, à défaut d'une meilleure expression, de «carte à puce de santé». En Ontario, un médecin a dit que si ces cartes à puce étaient préparées pour des particuliers, elles devraient être détenues par les médecins. D'autres ont soutenu que ce sont les patients qui devraient les avoir. Pensez-vous que le temps est venu pour cela? Mon collègue, le Dr Keon, les a décrites presque comme les plaques d'identité dans l'armée américaine. Vous contrôlez l'information sur votre carte. Vous la contrôlez de sorte que vous contrôlez l'accès aux renseignements personnels qu'elle contient. Cependant, s'il y a des renseignements que vous voulez partager, c'est vous qui en avez le contrôle.

Il y a une incidence sur l'imputabilité parce que de nombreuses personnes ne se rendent pas compte de tout ce que l'on dépense en leur nom dans le système de soins de santé. Pensez-vous que nous allons un jour avoir des cartes à puce de santé ou quelque chose du genre qui réglerait la question de la polypharmacie?

**Le Dr Ruedy:** Je n'ai pas de chien, mais je crois comprendre de ce que me dit ma secrétaire qui a un chien, qu'il a une carte à puce de santé. Tout est enregistré sur cette carte. La technologie est là et il y a des façons d'en contrôler l'accès. Personnellement, je pense que le patient devrait être le propriétaire de toute l'information.

**Le sénateur LeBreton:** Moi également.

**Le Dr Ruedy:** On peut contrôler l'accès à des parties de cette information de sorte que le médecin du patient peut avoir accès à une partie ou à la totalité de cette information. Le pharmacien peut avoir accès à l'information pertinente. La technologie est là. Nous devons le faire si nous voulons progresser et évaluer les résultats en matière de santé de ce que nous faisons.

**Le sénateur LeBreton:** Personnellement, je ne m'opposerais pas, si je devais m'effondrer dans la rue, que quelqu'un insère ma carte dans un ordinateur pour connaître ma condition médicale. Je ne comprends pas que les gens s'inquiètent de cela.

Pour ce qui est de mal utiliser des ressources, les médecins et les infirmières qui font des choses qui pourraient être faites par d'autres, monsieur Malcolm, vous avez parlé de tâches intéressantes qu'il pourrait vous être difficile d'abandonner.

En Colombie-Britannique, des médecins en soins primaires nous ont parlé des régions rurales et éloignées. Il semble y avoir une politique à cet égard dans la profession médicale. J'aimerais que vous nous parliez de l'idée d'avoir un médecin en soins primaires chargé de développer les niveaux de services dans la

some assistance. They were talking about burnout and a gap between doctors in their 50s and 60s and new doctors coming in. Many coming in are young women, who have different quality of life issues.

How would you feel about the primary care system, especially in rural and remote communities, being managed by a primary care physician who is plugged in to nurse practitioners?

**Dr. Naqvi:** In my brief I suggested that the time has come where this family physician model should be considered, in light of what is happening. If husband and wife are doctors working in the same community and want to be off at 5 p.m. and not to work every night, the emergency rooms may be loaded with patients because doctors record telephone messages directing patients to the emergency room. The concept of the walk-in clinic is one that has come up.

We established a couple of walk-in clinics on Cape Breton Island. We had some flak from the doctors, but we had a lot of public presence. That is one way to access care. In rural communities there are fewer doctors. They work 24 hours a day, so they do not want to stay.

One concept that the government should consider, in collaboration with those communities, is setting up walk-in clinics where there is a doctor present during the day, who could perhaps provide rotate on a weekly basis, or have a pool of physicians to provide that kind of a service. This is only one way.

The second way is the rural area should be netted with telehealth and telemedicine because that is a part of it. A problem with telemedicine is it is underutilized. A lot of studies have been done and every time there is a study we hear that only 50 consultations have been undertaken for a cost of \$2 million. It is pretty expensive. Telehealth should be easily available in rural areas as well as to the physicians who are providing the service. That is the other area to view this.

We are doing a lot of telemedicine from the IWK health centre to the Regional Hospital, from the Regional Hospital to the community hospitals and rural hospitals in the Cape Breton area. We heard nothing but praise for these services. We are moving, but it is a slow move. A pilot project was done in 1993-94 and telemedicine has been here for the past ten years in this province. Although the net is all over the province, it is still underutilized.

**Mr. Malcom:** You talked about the idea of shared care models, which is using alternative providers where appropriate. As an administrator, I support the idea of shared management. That means giving people information, asking for their opinion, listening to what they have to say and determining if you can find the right answer.

collectivité dans le but d'avoir de l'aide. Ces médecins ont parlé d'épuisement professionnel et d'un écart entre les médecins dans la cinquantaine et dans la soixantaine et les nouveaux médecins. Un grand nombre des nouveaux médecins sont des femmes, pour qui les questions de qualité de vie sont différentes.

Que penseriez-vous du système de soins primaires, plus particulièrement dans les collectivités rurales et éloignées, géré par un médecin en soins primaires axé sur les infirmiers et infirmières praticiennes?

**Le Dr Naqvi:** Dans mon mémoire, j'ai laissé entendre que le moment était venu d'envisager ce modèle de médecin de famille, compte tenu de ce qui se passe. Si le mari et la femme sont des médecins qui travaillent dans la même collectivité et veulent terminer leur journée de travail à 17 heures et ne pas travailler le soir, les salles d'urgence pourraient être remplies de patients parce que les médecins enregistrent des messages téléphoniques invitant les patients à se rendre à la salle d'urgence. La notion de la clinique sans rendez-vous a été mentionnée.

Nous avons mis sur pied quelques cliniques sans rendez-vous sur l'île du Cap-Breton. Nous avons été critiqués par les médecins, mais nous avons eu une très forte présence du public. C'est une façon d'évaluer les soins. Dans les collectivités rurales, il y a moins de médecins. Ils travaillent 24 heures sur 24, de sorte qu'ils ne veulent pas rester.

Un concept que le gouvernement devrait envisager, de concert avec ces collectivités, est de mettre sur pied des cliniques sans rendez-vous où un médecin est présent dans la journée et il pourrait y avoir une rotation hebdomadaire, ou encore un groupe de médecins pourraient offrir ce genre de service. Ce n'est qu'une façon.

L'autre façon serait que la région rurale devrait être branchée à la télésanté et à la télémedecine parce que cela en fait partie. Le problème avec la télémedecine, c'est qu'elle est sous-utilisée. Beaucoup d'études ont été réalisées et chaque fois nous entendons dire que seulement 50 consultations ont été effectuées, à un coût de 2 000 000 \$. C'est pas mal dispendieux. La télésanté devrait être plus facilement accessible dans les régions rurales et aussi par les médecins qui fournissent le service. C'est l'autre façon de voir la situation.

Nous faisons beaucoup de télémedecine du centre de santé IWK à l'hôpital régional, de l'hôpital régional aux hôpitaux communautaires et aux hôpitaux ruraux dans la région du Cap-Breton. Nous n'avons entendu que des louanges pour ces services. Nous progressons, mais c'est lent. Un projet pilote a eu lieu en 1993-1994 et cela fait dix ans que la télémedecine est implantée dans notre province. Même si le réseau couvre toute la province, il est encore sous-utilisé.

**M. Malcolm:** Vous avez parlé de modèles de soins partagés, c'est-à-dire d'utiliser des fournisseurs de médecine douce le cas échéant. En tant qu'administrateur, j'appuie l'idée d'une gestion partagée. Cela veut dire donner de l'information aux gens, leur demander leur avis, écouter ce qu'ils ont à dire et déterminer si vous pouvez trouver la bonne réponse.



Staff, physicians and the community have a better sense, when they are involved in shared management, that this is a public trust. We do operate a public trust. As long as we respect that public trust and involve people in decision making, we can find solutions that make sense.

Getting back to the need for good information, for best practice. I am lazy and if somebody else has a better way of doing something, I will steal it because it is a lot quicker.

**Dr. Rathwell:** I would just like to make a comment with regard to the smart card. My understanding is that there is an experiment currently in progress in the European Union using smart cards where individuals or patients have the details of their medical records on cards and they can use these cards in selected places in various countries. This has tried to facilitate a group of individuals within the European Union and to facilitate the transfer of important medical information from one country to another. The program is being evaluated but I do not know whether the evaluation has been published. That might give us a clear guide as to the effectiveness of the new technology of smart cards and where it will be advantageous and perhaps where not.

**Mr. Malcom:** Can I make one comment on that? All of the health districts outside Halifax were at the same age and the same level of information technology. It would have been very easy to replace, on an individual basis, but the eight of us got together and selected the single system.

So by the end of the implementation period of three years, if you are from North Sydney and you get sick in Yarmouth, your health information will be accessible. Likewise, if you are from Yarmouth and get sick in North Sydney waiting for the ferry to Newfoundland, you will be able to access the information.

We will have an electronic record between hospitals throughout the province in three years. It was not rocket science. All it took was a commitment of eight organizations to decide to choose one vendor to link us all together.

**Senator LeBreton:** Yes. It takes integration and coordination.

**The Chairman:** You emphasized eight organizations. Does that mean if you go from Yarmouth to Halifax, you are in deep trouble?

**Mr. Malcom:** The commitment we have is that Halifax will let us link into its already existing systems, so we will actually cover the entire province.

**The Chairman:** They are compatible. Okay.

**Mr. Malcom:** Part of the contract is to find a way to make them compatible.

**The Chairman:** Somehow Halifax always has to do some things.

Le personnel, les médecins et la collectivité comprennent mieux, lorsqu'ils participent à une gestion partagée, que c'est un mandat public. Nous nous acquittons d'un mandat public. Tant que nous respectons ce mandat et que nous faisons participer les gens à la prise de décisions, nous pouvons trouver des solutions logiques.

Pour ce qui est du besoin de bons renseignements, de pratiques exemplaires, je suis paresseux et si quelqu'un connaît une meilleure façon de faire, je vais la lui voler parce que c'est beaucoup plus rapide.

**Le Dr Rathwell:** J'aurais juste une observation au sujet de la carte à puce. Ce que j'en comprends, c'est qu'il y a une expérience en cours dans les pays de l'Union européenne qui utilisent les cartes à puce. Dans le cadre de cette expérience, les personnes ou les patients ont les détails de leurs dossiers médicaux sur des cartes et ils peuvent s'en servir dans certains endroits dans divers pays. On a tenté cette expérience pour faciliter la tâche d'un groupe de personnes de l'Union européenne et pour faciliter le transfert de renseignements médicaux importants d'un pays à l'autre. On est en train d'évaluer le programme, mais je ne sais pas si les résultats ont été publiés. Cela pourrait nous donner une bonne orientation quant à l'efficacité de la nouvelle technologie des cartes à puce et de là où elles pourraient être avantageuses ou pas.

**M. Malcolm:** Me permettez-vous une observation à ce sujet? Tous les districts de santé à l'extérieur d'Halifax utilisaient la même technologie de l'information. Il aurait été facile de la remplacer, un district à la fois, mais nous nous sommes réunis les huit districts et avons choisi le système unique.

Ainsi, lorsque la période de mise en oeuvre de trois ans sera terminée, si vous venez de North Sydney et que vous vous trouvez à Yarmouth et tombez malade, votre information en matière de santé sera accessible. De même, si vous êtes de Yarmouth et tombez malade à North Sydney au moment de prendre le traversier pour Terre-Neuve, vous pourrez avoir accès à l'information.

Dans trois ans, nous aurons un dossier électronique entre les hôpitaux de toute la province. Ce n'était pas de la science quantique. Tout ce qu'il fallait, c'était un engagement de la part des huit organisations de choisir un fournisseur pour tous nous relier.

**Le sénateur LeBreton:** Oui, il faut de l'intégration et de la coordination.

**Le président:** Vous avez insisté sur les huit organisations. Est-ce que cela signifie que si vous allez de Yarmouth à Halifax vous avez des problèmes?

**M. Malcolm:** L'engagement que nous avons est qu'Halifax nous laissera établir la liaison dans ses systèmes qui existent déjà de sorte que nous couvrirons en fait toute la province.

**Le président:** Ils sont compatibles. Très bien.

**M. Malcolm:** Une partie du contrat était de trouver une façon de les rendre compatibles.

**Le président:** On dirait qu'Halifax a toujours quelque chose à faire.

Senator Callbeck, last question.

**Senator Callbeck:** Mr. Malcom, in your presentation you mentioned group purchasing and you referred to a certain machine and big savings. Is that group purchasing done among the Atlantic provinces or all the provinces? Who participates in that?

**Mr. Malcom:** The IWK and our organization joined a national group purchasing initiative. What members gave up was their right to choose a product. We have one vote. It is a co-operative of 13 members. If something is good enough for the Children's Hospital of Eastern Ontario, the IWK figured it was probably okay for them. The Hamilton Health Sciences centre buys more than the entire Province of Nova Scotia in a single year, and if it was good enough for them it was good enough for us.

The co-operative is run out of Ontario and we get the best price nationally for products. The savings in film, as well as our benchmarking on best practice, allowed us to have a second CT and fully pay for the operation of that CT without asking the province for one cent to run it. That is the magnitude of saving in one area. We gave up the independence of negotiating with vendors.

We get our paper products in Sydney from Halifax. Paper products are shipped into Halifax for Sydney. That is not a popular thing in our local business community, but we are continuing to employ health care people and we are getting fast access. I will take my paper from Halifax because the business I am in is the health care business. I am not in the paper business.

**Senator Callbeck:** How many Maritime hospitals are involved in that buying group?

**Mr. Malcom:** At the present time, there are five different groups: ourselves and the IWK in Nova Scotia as well as three regions in New Brunswick. Five of the 13 members in this national group purchasing arrangement are in Atlantic Canada.

**Senator Callbeck:** Are your savings in the range of 10 per cent, 20 per cent, 30 per cent?

**Mr. Malcom:** Quantitatively, we estimate we saved in excess of \$1 million dollars, which would be in the vicinity of about 7 per cent. In addition, we convinced the province, which had a single drug purchasing plan, to join a national plan and we experienced a further savings of 5 per cent. We thought we had the best price in Nova Scotia because our drugs were already bought collectively. When we joined the national group, we saved a further 5 per cent, or another \$1 million savings to the province.

**Senator Callbeck:** That is a lot of money.

Sénateur Callbeck, vous avez la dernière question.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Malcolm, dans votre exposé vous avez mentionné les achats collectifs et vous avez fait référence à une certaine machine et à d'importantes économies. Est-ce que ces achats collectifs se font dans les provinces de l'Atlantique ou dans toutes les provinces? Qui y participe?

**M. Malcolm:** L'IWK et notre organisation nous sommes joints à une initiative d'achats collectifs à l'échelle nationale. Ce que les membres ont abandonné, c'est leur droit de choisir un produit. Nous avons un vote. C'est une coopérative de 13 membres. Si quelque chose est bon pour l'Hôpital pour enfants de l'est de l'Ontario, l'IWK estime que ce sera probablement bon pour tous. Dans une seule année, le centre des sciences de santé de Hamilton achète plus de produits que toute la province de la Nouvelle-Écosse, et nous avons pour notre dire que si c'était suffisamment bon pour eux, ce l'était également pour nous.

La coopérative est établie en Ontario et nous obtenons le meilleur prix à l'échelle nationale. Les économies en pellicule et les analyses comparatives sur les pratiques exemplaires nous ont permis d'obtenir un deuxième tomodensitomètre et de payer entièrement pour son exploitation sans demander à la province de verser un seul cent. Cela vous donne une idée de l'ampleur des économies dans un secteur. Nous avons abandonné l'indépendance de négocier avec des fournisseurs.

À Sydney, nous obtenons nos produits du papier d'Halifax. Ces produits sont envoyés à Halifax pour Sydney. Ce n'est pas très populaire auprès de nos commerces locaux, mais nous continuons d'employer des gens dans le secteur des soins de santé et nous avons un accès rapide. Je vais prendre mon papier d'Halifax parce que mon champ d'activité est celui des soins de santé. Je ne suis pas dans celui du papier.

**Le sénateur Callbeck:** Combien d'hôpitaux dans les Maritimes participent à ces achats collectifs?

**M. Malcolm:** À l'heure actuelle, il y a cinq groupes différents, nous-mêmes et l'IWK en Nouvelle-Écosse de même que trois régions du Nouveau-Brunswick. Cinq des treize membres de cette initiative nationale d'achats collectifs se trouvent au Canada Atlantique.

**Le sénateur Callbeck:** Quel est l'ordre de grandeur de vos économies? Est-ce 10 p. 100, 20 p. 100, 30 p. 100?

**M. Malcolm:** Sur le plan quantitatif, nous estimons avoir économisé au-delà de un million de dollars, ce qui donnerait quelque chose comme 7 p. 100. De plus, nous avons convaincu la province, qui avait un seul régime d'achat de médicaments, de se joindre à un régime d'achat national et nous avons réalisé des économies supplémentaires de 5 p. 100. Nous pensions avoir le meilleur prix en Nouvelle-Écosse parce que nos médicaments faisaient déjà l'objet d'achats collectifs. Lorsque nous nous sommes joints au groupe national, nous avons économisé 5 p. 100 de plus, soit un autre million de dollars d'économies pour la province.

**Le sénateur Callbeck:** C'est beaucoup d'argent.



I have one other question for Dr. Ruedy. In your opening comments, you talked about the shortage of health human resources and the need to set up a strategy. Did I misunderstand that? Did you say that you felt the university should take the lead?

**Dr. Ruedy:** We have to be careful about who we give responsibility for developing a health human resource strategy. My experience over the last decade is that self-interests of professional groups and self-interest of government can greatly influence the planning process. An independent group that is without self-interest best does this. My experience is more from the medical side than the health professional side in a small province. The academic staffs at the medical school have as profound an understanding of medical practitioner needs in the province and health human resources as anyone else, and they have no self-interest. I have just identified the faculties as having resources that could be brought to bear to more independently develop strategies.

**The Chairman:** Senators, our next group is from the Canadian Medical Association. We have heard from them in the past. We have Dr. Henry Haddad, President, Bill Tholl, Secretary General; and Dr. Bruce Wright, President of the Medical Society of Nova Scotia.

We see you at one end of the country and the other, however we did not see Henry and Bill at the other end. We saw your predecessor, I guess. Thank you for coming, Dr. Haddad. You have circulated your brief. Can I suggest you go through your brief, but preferably not in detail so we have lots of time to ask you questions? Hit the highlights, and then we will proceed from there.

**Dr. Henry Haddad, President, Canadian Medical Association:** Mr. Chair, honourable senators, I am accompanied by Bill Tholl, who is the CEO of the Canadian Medical Association, Dr. Wright, who is the President of the Medical Society of Nova Scotia; and Dr. Hanson from Fredericton, New Brunswick, who will be my successor in about nine months. He is President-Elect of the Canadian Medical Association. I am very happy that they are all here and we will all be available to answer questions.

I will take five to seven minutes, if you do not mind. As you well know, Mr. Chair, this is our fourth appearance before the committee and our second appearance in regard to your "Issues and Options" report. In Vancouver, the immediate past president, Peter Barrett, focused on principles and parameters for change.

Our principles for change include patient-centred focus, universality, choice, physicians as agents of the patient and quality. We also propose a number of parameters for change and I will outline them briefly: inclusivity, accountability, evidence-based decision making, evolution not revolution and health care as an investment good.

J'ai une autre question pour le Dr Ruedy. Dans vos remarques préliminaires, vous avez parlé de la pénurie de ressources humaines en santé et de la nécessité d'élaborer une stratégie. Est-ce que je vous ai bien compris? Avez-vous dit que vous estimiez que l'Université devrait prendre la direction?

**Le Dr Ruedy:** Nous devons faire attention à qui nous confions la responsabilité d'élaborer une stratégie en matière de ressources humaines en santé. Mon expérience des dix dernières années est que les intérêts personnels des groupes professionnels et l'intérêt personnel du gouvernement peuvent fortement influencer sur la planification. Un groupe indépendant qui n'a aucun intérêt personnel est le mieux placé pour faire cela. Mon expérience vient davantage de l'aspect médical que de l'aspect professionnel de la santé dans une petite province. Les universitaires de l'école de médecine comprennent tout aussi bien les besoins des praticiens de la médecine dans la province et les ressources humaines en santé que quiconque, et ils n'ont en plus aucun intérêt personnel dans la question. Je n'ai fait qu'identifier les facultés qui ont des ressources qu'on pourrait utiliser pour élaborer de façon plus indépendante des stratégies.

**Le président:** Honorables sénateurs, le groupe suivant vient de l'Association médicale canadienne. Ils ont déjà témoigné devant nous par le passé. Nous accueillons le Dr Henry Haddad, président, Bill Tholl, secrétaire général, et le Dr Bruce Wright, président de la Société médicale de la Nouvelle-Écosse.

Nous vous voyons à une extrémité du pays et à l'autre. Cependant, nous n'avons pas vu Henry ni Bill à l'autre extrémité. Nous avons vu votre prédécesseur, je suppose. Merci d'être venu docteur Haddad. Vous avez remis votre mémoire. Puis-je vous suggérer de nous en faire lecture, mais de préférence de façon succincte de façon à avoir beaucoup de temps pour vous poser des questions? Donnez-nous les points saillants et nous agirons à partir de là.

**Dr Henry Haddad, président, Association médicale canadienne:** Monsieur le président, honorables sénateurs, je suis accompagné de Bill Tholl, le chef de la direction de l'Association médicale canadienne, du Dr Wright, président de la Société médicale de la Nouvelle-Écosse et du Dr Hanson, de Fredericton, au Nouveau-Brunswick, qui me remplacera dans neuf mois. Il est le président élu de l'Association médicale canadienne. Je suis très heureux qu'ils aient pu tous venir et nous serons heureux de répondre à vos questions.

Si vous n'y voyez pas d'objection, je vais prendre de cinq à sept minutes. Comme vous le savez, monsieur le président, c'est la quatrième fois que nous comparaissons devant le comité, et notre deuxième intervention sur votre rapport «Questions et options». À Vancouver, le président sortant, Peter Barrett, s'est concentré sur les principes et les paramètres du changement.

Nos principes du changement sont l'orientation sur les patients, l'universalité, le choix, le médecin en tant que mandataire du patient et la qualité. Nous proposons également plusieurs paramètres des changements et je vais les mentionner rapidement: l'inclusivité, l'imputabilité, la prise de décisions factuelles, l'évolution et non la révolution, et les soins de santé comme bien d'investissement.

This presentation will focus on issues highlighted by the committee in terms of managing the health care system and accountability in the health care system. We had wanted to address many more issues but, as you know, you are a man of consensus and CMA is an agency of consensus. We want to have consensus with our partners before addressing the other issues, so we will be limiting ourselves.

**The Chairman:** Once you get consensus, if that is possible, we genuinely would be delighted to receive a brief from you.

**Dr. Haddad:** That is understood, sir.

When we consider managing the health care system, over the past few decades there have been shifts in the practice of medicine and basic cost drivers. These two have combined to significantly challenge the sustainability of our health care system.

There is good news. Patients are no longer hospitalized for conditions they once were. I have been practising for 32 years and I remember very well when we used to hospitalise people with gastric ulcers for two weeks, put them to bed, sedate them and give them milk and cream. We do not do that anymore. Of course, minimally invasive surgery has brought about enormous progress. All of this has resulted in a decrease in hospital stay.

The bad news, and again as a physician I observe this, is that patients are being discharged before time and they are off-loaded on the community. This has reflected by increasing the cost of drugs and by community-based services, which taxes community-based services.

In my hospital patients are much sicker. They are acutely ill and large numbers of patients are older patients with very complex problems. We agree that working harder and smarter is necessary. We agree with the committee in that regard.

The committee is suggesting a range of options to address financial sustainability such as increasing CHST transfers, which is most unlikely in today's climate, and examining user fees, which has been very controversial at best. CMA believes there are other innovative options, such as, for example, use of Canada's taxation system. The last thorough review of tax policy was more than 30 years ago and the last review of tax policy in relation to social policy was by Benson, I think, in 1971, which was 40 years ago.

Last week we recommended to the Standing Committee on Finance that the federal government establish a blue ribbon national task force to study development of innovative tax-based mechanisms to better synchronize tax policy and health policy. For example, increase the reach of the medical expense deductions' current 3 per cent of taxable expenditures, extend the medical expense deduction from a non-refundable tax credit to a refundable tax credit because there is a group of Canadians who

Notre exposé portera sur les questions mises en évidence par le comité en ce qui a trait à la gestion du système de santé et à l'imputabilité dans le système de santé. Nous voulions examiner un plus grand nombre de questions, mais, comme vous le savez, vous êtes un homme de consensus et l'AMC est un organisme de consensus. Nous voulons un consensus avec nos partenaires avant d'examiner les autres questions de sorte que nous nous limiterons.

**Le président:** Lorsque vous aurez votre consensus, si c'est possible, nous aimerions vraiment que vous nous fassiez parvenir un mémoire.

**Le Dr Haddad:** C'est entendu.

Lorsque vous examinez la gestion du système de santé au cours des deux dernières décennies, des virages importants dans la pratique de la médecine et les éléments de coût fondamentaux sont survenus. Ces deux aspects se sont conjugués pour remettre sérieusement en question la viabilité de notre système de soins de santé.

La bonne nouvelle, c'est que les patients ne sont plus hospitalisés autant qu'auparavant pour certains problèmes. Je pratique la médecine depuis 32 ans et je me rappelle fort bien que nous hospitalisions des gens pendant deux semaines pour des ulcères gastriques, nous les mettions dans un lit, leur donnions des médicaments ainsi que du lait et de la crème. Nous ne le faisons plus. Évidemment, la chirurgie à effraction minimale a donné lieu à des progrès considérables. Tout cela a permis de raccourcir la durée d'hospitalisation.

La mauvaise nouvelle, et encore une fois je le remarque en tant que médecin, c'est que les patients obtiennent congé avant le temps et il s'ensuit un délestage de responsabilités vers la communauté. Cette situation a entraîné une augmentation du coût des médicaments et des services communautaires, ce qui taxe les services communautaires.

Dans l'hôpital où je travaille, les patients sont beaucoup plus malades. Ils sont des infections aiguës et de nombreux patients sont plus âgés et ont des problèmes très complexes. Nous sommes d'accord qu'il faut travailler plus fort et plus intelligemment. Nous sommes d'accord à cet égard avec le comité.

En ce qui concerne la viabilité financière, le comité propose tout un éventail d'options qui vont de l'augmentation des transferts au titre du TCSPS, option peu probable dans la conjoncture économique actuelle, à des frais d'utilisation, ce qui a toujours suscité la controverse. L'AMC croit toutefois qu'il y a d'autres options innovatrices telle que, par exemple, l'utilisation du régime fiscal du Canada. La dernière refonte de la politique fiscale remonte à plus de trente ans et la dernière refonte de la politique fiscale pour ce qui est de la politique sociale a été réalisée par Benson, je pense, en 1971, soit il y a 40 ans.

La semaine dernière, nous avons recommandé au comité permanent des finances que le gouvernement fédéral établisse un groupe de travail national d'experts pour étudier l'élaboration de mécanismes fiscaux innovateurs afin de mieux harmoniser la politique fiscale et la politique de santé. Par exemple, accroître la portée des déductions pour les frais médicaux, qui sont actuellement de 3 p. 100 des dépenses imposables, étendre la déduction pour frais médicaux et la faire passer d'un crédit



do not pay taxes but who do have to pay out-of-pocket money, and also, examine inequalities arising from GST. We have been raising this issue for a number of years.

Primary care reform has been identified as another area. There are many good things that are happening in primary care reform across Canada and we could probably consider this in the question period. Much has been said concerning the need to change remuneration of physicians with suggestions ranging from fee-for-service to alternate payment plans. We believe that the form of payment should fit the function. Physicians are very open to alternate payment models.

The prevailing myth is that physicians are a barrier to change. Many progressive changes in medicine have been led by physicians. Physicians are willing to work in teams and CMA has developed a scope of practice policy that clearly supports a collaborative and co-operative approach. There is lack of evidence to indicate that fee-for-service is the root of all evils.

Surveys conducted by the CMA clearly indicate a willingness by physicians to consider different payment options. The key is to provide choice, flexibility and payment models. Now 58 per cent of Canadian physicians are paid mainly by fee-for-service. The rest, 42 per cent, are paid by all kinds of models: capitation, salary, sessional. There is not one way of remunerating physicians. We insist that the form must follow function.

In 1966, CMA with its major partners developed policy principles in response to alternative payment proposals called RAPP. We do not question the need for more integrated primary care models. We are concerned with the little attention paid to specialty care. Our 2001 National Report Card on Health Care and our physician resource questionnaire have highlighted the dismal state of access to specialized care across Canada.

Our discussion paper, "Specialty Care in Canada," which was released a few months ago, further details the deteriorating state of specialty care in Canada. Some of the issues we raise in our paper are health human resources, the workforce issues in specialty care, the poor state of our technology in Canada, the infrastructure, physical infrastructure, our hospitals, operating rooms, emergency rooms and academic medical centres, which have undergone a 22 per cent cut in hospital beds. At a time when we are increasing the number of admissions to medical school, we must consider whether medical schools have the goods to deliver the education our medical students are used to.

We believe there is a crisis of accountability, which is due in large measure to a profound problem in the governance of Canada's health care system. Those who have the most expertise

d'impôt non remboursable à un crédit d'impôt remboursable parce qu'il y a un groupe de Canadiens qui ne paient pas d'impôts mais qui doivent payer de leurs poches, et examiner les inégalités découlant de la TPS. Cela fait plusieurs années que nous soulevons ce problème.

Un autre aspect relevé est celui de la réforme des soins primaires. Il y a de biens bonnes choses qui se produisent dans la réforme des soins primaires au Canada et nous pourrions probablement en discuter lors des questions. Il a aussi beaucoup été question de la nécessité de modifier la rémunération des médecins, les suggestions allant du système de l'utilisateur-payeur aux autres modes de paiement. Nous croyons que la rémunération devrait correspondre aux fonctions. Les médecins sont très favorables aux autres modes de rémunération.

Il y a un mythe qui prédomine, soit que les médecins sont un obstacle aux changements. Ce sont les médecins qui ont piloté un grand nombre de changements progressifs instaurés dans le domaine de la santé. Les médecins sont disposés à travailler en équipe et l'AMC a élaboré une politique sur les champs de pratique qui appuie clairement la collaboration et la coopération. Les preuves manquent pour démontrer que la rémunération à l'acte est à l'origine de tous les maux.

Des sondages menés par l'AMC révèlent clairement que les médecins sont disposés à envisager des modes de rémunération différents. La clé est de donner le choix, la flexibilité et les modes de paiement. À l'heure actuelle, 58 p. 100 des médecins au Canada sont rémunérés à l'acte. Pour les 42 p. 100 restant, ils ont toutes sortes de modes de rémunération: capitation, salaire, à la séance. Il n'existe pas une façon unique de rémunérer les médecins. Nous insistons sur le fait que la rémunération doit correspondre à la fonction.

En 1966, l'AMC et ses principaux partenaires avaient élaboré des principes directeurs en réponse à des propositions d'autres modes de paiement que l'on avait appelés RAPP. Nous ne remettons pas en question la nécessité de modèles de soins primaires plus intégrés. Nous nous inquiétons du peu d'attention accordé aux soins spécialisés. Les résultats de notre sondage réalisé en 2001 pour produire notre Bulletin national sur les soins de santé ont mis en évidence l'état désastreux de l'accès aux soins spécialisés au Canada.

Notre document de discussion, «Les soins spécialisés au Canada», publié il y a quelques mois, présente plus en détail la détérioration des soins spécialisés au Canada. Certains des points soulevés dans notre document concernent les ressources humaines en santé, les soins spécialisés, le piètre état de notre technologie au Canada, l'infrastructure, l'infrastructure matérielle, nos hôpitaux, les salles d'opération, les salles d'urgence et les centres médicaux universitaires, qui ont entrepris une diminution de 22 p. 100 du nombre de lits d'hôpital. Maintenant que nous augmentons le nombre d'admissions dans les écoles de médecine, nous devons envisager si les écoles de médecine disposent de ce qu'il faut pour prodiguer l'enseignement auquel nos étudiants en médecine sont habitués.

Nous sommes d'avis qu'il y a une crise de l'imputabilité attribuable en grande partie à un problème profond qui règne dans la gouvernance du système de santé du Canada. Pourquoi ceux et

in health matters have the least input to important decisions for tightening our future system. On many occasions, we have asked ourselves why this is so.

The tension between federal and provincial and territorial governments in relation to health care has been very pronounced and unproductive. For example, at the National Forum on Health, there was very little buy-in from provinces — and absolutely absent the non-governmental organizations.

The provincial and territorial health ministers' 1997 report, "A Renewed Vision for Canada's Health System," received very little play at the federal level. The non-government organizations have been absent.

Another example of executive federalism was a decision taken in 1992 by governments to decrease by 10 per cent the number of admissions to medical schools, and we had already a 6 per cent decrease. It is not a 10 per cent decrease, it is really a 16 per cent decrease our medical schools have undergone.

The Social Union Framework Agreement has been a barrier to strengthening accountability because it only binds one party. It binds the federal government to the agreement. Physicians have been targeted as part of the problem, not as part of the solution, unfortunately. Physicians feel disenfranchised. They are frustrated and angry.

There is no longer a sense of ownership of the Canadian health care system. Let us be clear. Canadians who have access to the system are satisfied. This was clearly shown in our National Report Card on Health Care. They are still receiving high quality care from all health care providers in the system.

What do we need? We need a new attitude. We need renewed partnerships. We need early, ongoing, and meaningful involvement of those who are on the front line seven days a week, 24 hours a day.

Another issues I will very rapidly touch on is health human resources. What we have been advocating is self-sufficiency in the workforce supply to meet the medical needs of Canada. The message we are getting from our partners all around the world is, "Stay away from our doctors. Fix your own problems but stay away from our doctors."

The other issue we would like to deal with very briefly is Aboriginal issues. Disparities in health status are very clear. What we have is a cultural access problem. At the last count, and I have tried to get the latest information, there are only 50 Aboriginal physicians in this country.

The CMA has been trying to do its part and has been offering bursaries to Aboriginal students. We have been offering a rate of \$42,000 a year for a number of years to help Aboriginal students get through medical school.

celles qui ont le plus de compétences spécialisées dans les questions de santé interviennent-ils le moins dans les décisions importantes touchant les systèmes de données? Nous nous sommes posé la question à de nombreuses reprises.

La tension entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le domaine des soins de santé a été très marquée et improductive. Par exemple, les provinces ont très peu participé à notre Forum national sur la santé — et les organisations non gouvernementales en étaient complètement absentes.

Le rapport de 1997 des ministres provinciaux et territoriaux de la santé, «Vision renouvelée du régime de services de santé du Canada», a reçu très peu d'attention sur la scène fédérale. Les organisations non gouvernementales étaient absentes.

Un autre exemple du fédéralisme exécutif est celui d'une décision prise en 1992 par les gouvernements de réduire de 10 p. 100 le nombre d'admissions dans les écoles de médecine alors qu'il y avait déjà une diminution de 6 p. 100. Ce n'est pas une diminution de 10 p. 100, mais vraiment une diminution de 16 p. 100 dans nos écoles de médecine qui s'est produite.

L'Entente-cadre sur l'union sociale a été un obstacle au renforcement de l'imputabilité parce qu'elle ne lie qu'une partie, le gouvernement fédéral. Malheureusement, on a pointé du doigt les médecins comme étant une partie du problème et non de la solution. Les médecins se sentent marginalisés. Ils sont frustrés et en colère.

On ne se sent plus responsables du système de soins de santé au Canada. Par contre, soyons francs, les Canadiens qui ont accès au système sont satisfaits. Notre Bulletin national sur les soins de santé l'a indiqué très clairement. Ils continuent de recevoir des soins de grande qualité des prestataires de soins de santé du système.

Que nous faut-il? Il nous faut une attitude nouvelle, un partenariat renouvelé. Il faut une participation de toutes les personnes qui sont aux premières lignes sept jours sur sept, 24 heures sur 24, et ce, dès le début, de façon continue et significative.

Parmi les autres questions, je dirai quelques mots des ressources humaines en santé. Nous préconisons l'autosuffisance des effectifs pour répondre aux besoins médicaux de la population canadienne. Le message que nous obtenons de nos partenaires partout dans le monde, c'est: «Ne touchez pas à nos médecins. Réglez vos problèmes, mais ne touchez pas à nos médecins.»

L'autre question que nous aimerions aborder très rapidement est celle des Autochtones. Il y a des anomalies dans l'état de santé, c'est bien évident. Nous avons un problème d'accès culturel. Au dernier compte, et j'ai essayé d'avoir les renseignements les plus récents, il n'y avait que 50 médecins autochtones au Canada.

L'AMC essaie de faire sa part et offre des bourses aux étudiants autochtones. Nous offrons jusqu'à 42 000 \$ par année depuis plusieurs années pour venir en aide aux étudiants autochtones étudiant en médecine.



In conclusion, we applaud the committee and its members for innovative long-term thinking. We also want to thank you for giving us the chance to be here.

**The Chairman:** Before turning to Senator LeBreton and Senator Cook, I wonder if I could just deal with a couple of points you make in your brief. One is in relation to the \$1 billion that was announced in September of 2000 for technology, but with a big focus on MRI machines and so on.

Your brief says that you are concerned that little is getting through to the front line. The committee has expressed the view that the federal government clearly gave away the \$1 billion with no way of knowing where the money is spent. We kind of have the same concern you do, but you see more of the front line than we do. Can you help us a little bit as to what gives you that concern?

**Dr. Haddad:** I will just start off. You are absolutely right that there was \$1 billion. We had asked for \$1.74 billion when we presented to the minister. The \$1 billion was for the technology and the \$.74 was for infrastructure. The equipment has to be housed somewhere.

At that time, just to come back a bit, the CMA had shown that amongst the 30 OECD countries, if we considered technology for diagnosis like CT Scans, MRIs, and technology for treatment like lithotripsies and radiation equipment, we were really at the bottom third of OECD countries that had a similar level of development as we did.

Now we have been trying to track what happened to that billion dollars and I did mention in my presentation that the Social Union Framework Agreement binds only one level of government.

**The Chairman:** Right.

**Dr. Haddad:** It binds the federal government, but we do not know what has happened to that \$1 billion. I know Bill has been in contact with the Canadian Association of Radiologists.

**The Chairman:** I would like to hear from Mr. Tholl, but your gut feel is that all of it is not trickling through.

**Mr. Bill Tholl, Secretary General, Canadian Medical Association:** I have a two-part addition to what Dr. Haddad has said. Number one is that the OECD picture has recently been reinforced back in Ottawa; there is an OECD measuring-up conference; there is some very up-to-date data that have just been released as of yesterday that show that Canada is not just in the middle but near the bottom end of OECD G-8 comparators. The big debate is: is that a good thing or bad thing, the fact that we do half as many catheterizations in Canada as do the United States without any noticeable difference in outcomes? It was the issue that was being raised yesterday by Dr. David Naylor, Dean of Medicine at U. of T. In any event, in terms of availability, technology, number of scans — all of those kind of indicators.

En terminant, nous félicitons les membres du comité de leur réflexion innovatrice et à long terme. Nous voulons également vous remercier de nous avoir donné l'occasion de nous faire entendre.

**Le président:** Avant de céder la parole au sénateur LeBreton et au sénateur Cook, je me demande si je pourrais aborder quelques points que vous soulevez dans votre mémoire. Vous parlez de la somme de un milliard de dollars annoncée en septembre 2000 pour la technologie, mais vous mettez beaucoup l'accent sur les IRM et tout le reste.

Dans votre mémoire, vous dites que cela vous préoccupe que très peu d'argent se rende jusqu'aux premières lignes. Le comité a fait savoir que le gouvernement fédéral a clairement donné un milliard de dollars sans moyen de savoir à quoi l'argent était consacré. Nous avons un peu la même préoccupation que vous, mais vous êtes plus près des premières lignes que nous. Pouvez-vous nous indiquer ce qui vous préoccupe.

**Le Dr Haddad:** Je vais commencer. Vous avez tout à fait raison qu'il y avait un milliard de dollars. Nous avons demandé 1.74 milliard de dollars lorsque nous avons fait notre exposé au ministre. La somme de un milliard de dollars était pour la technologie et les 740 000 \$ pour l'infrastructure. L'équipement doit être installé quelque part.

À ce moment-là, pour vous resituer, l'AMC avait indiqué que parmi les 30 pays de l'OCDE, si nous prenions la technologie de diagnostic comme les tomodensitomètres, les IRM et la technologie de traitement comme les lithotripsies et le matériel de radiologie, nous étions franchement dans le dernier tiers des pays de l'OCDE un niveau de développement semblable au nôtre.

Nous essayons maintenant de savoir où est passé ce milliard de dollars et j'ai mentionné dans mon exposé que l'Entente-cadre sur l'union sociale ne lie qu'un palier de gouvernement.

**Le président:** Exact.

**Le Dr Haddad:** Elle lie le gouvernement fédéral, mais nous ne savons pas ce qui est advenu du milliard de dollars. Je sais que Bill a eu des contacts avec l'Association canadienne des radiologistes.

**Le président:** J'aimerais entendre ce que M. Tholl a à dire, mais votre pressentiment est que cet argent ne vous parvient pas tout.

**M. Bill Tholl, secrétaire général, Association médicale canadienne:** J'ai un complément en deux parties à ce qu'a dit le Dr Haddad. Tout d'abord, ce classement au sujet de l'OCDE vient d'être renforcé à Ottawa, où se tient une conférence de l'OCDE à laquelle on a fourni des données très à jour hier et qui indiquent que le Canada n'est pas seulement au milieu, mais près du fond du classement des comparateurs pour le G-8. La grande discussion est de savoir si c'est une bonne chose qu'il y ait au Canada la moitié moins de cathétérismes qu'aux États-Unis sans que l'on remarque de différence dans les résultats. C'est la question qu'a soulevée hier le Dr David Miller, doyen de la médecine de l'Université de Toronto. Quoi qu'il en soit, pour ce qui est de la disponibilité, de la technologie, du nombre

Canada is near the bottom end compared with the other OECD countries.

With respect to the study that we are doing with the Canadian Association of Radiologists, we are very close to actually bringing it to closure. It takes a very innovative approach to looking at that billion dollar expenditure. There are two approaches you can take, and one is to go out and ask physicians and hospital purchasing agents whether, in fact, they have been buying more technology. Looking to assistance in that respect from Statistics Canada and other sort of reliable sources would take three years.

What we have done is actually approached the sales and service industry, which is kind of an interesting twist. If you are installing an MRI scanner in your facility, you need to have someone actually build it: in other words, put concrete underneath it and build a structure around it. Thus we have actually approached the top five or six medical device manufacturing and installation companies in this regard, and that covers about 99 per cent of all technology installers in the country. What I can tell you now is we do not believe that most of the money has been spent for the intended purposes. That is to say, not even 50 per cent of the billion dollars has been spent in that fashion.

Basically, the question was this: Did we see a marked increase in sales and service either before or after September 2000? We wanted to wait until the money actually started to flow. Half the money became available before April 1st, 2001 and half became available after April 21st, 2001. The second hypothesis is that they wanted to wait until the deal was signed in September and the money began to flow, so that the hiccup or the blip would occur in that period from September to April 1; or, on the other hand, they wanted to make sure that they had all the money, so they waited until the blip should start to occur post-April 1. Guess what? There is not much of a blip.

We are hopeful that we will soon be able to release that study. The problem we are having at this point is guaranteeing the confidentiality of these competitive folks who are in the installation business.

**The Chairman:** The study, though, in the way you are doing it, will clearly overestimate the amount of federal money that got through because you are making the assumption that, in that same period of time, the provinces would have spent zero, and presumably the federal billion dollars was meant to be incremental to whatever the provinces intended to spend.

Since what you are looking at is the total amount of money that was spent, you are clearly overestimating the amount of the billion dollars that actually got through because it assumes the provinces spent zero. If that figure is actually at 50 per cent, or whatever the number is, that is a problem, although it is not your problem.

**Mr. Tholl:** Mr. Chair, if I may, from a technical point of view what you are assuming is that there was an upward track and there was some real growth to begin with, and I do not think that is true.

**The Chairman:** Very well.

d'examen — tous ces indicateurs, le Canada est près du fond du classement par rapport aux autres pays de l'OCDE.

En ce qui concerne l'étude que nous réalisons avec l'Association canadienne des radiologistes, elle tire enfin à sa fin. Il faut une approche très novatrice pour envisager cette dépense de un milliard de dollars. Vous pouvez adopter deux façons de faire, soit de demander aux médecins et aux agents chargés des achats dans les hôpitaux si en fait ils ont acheté plus de matériel technologique. Il faudrait trois ans pour obtenir l'aide de Statistique Canada et d'autres sources de renseignements fiables à cet égard.

En réalité, nous avons fait des démarches auprès de l'industrie de la vente et du service, ce qui est assez intéressant. Si vous installez un appareil d'IRM dans vos locaux, quelqu'un doit le faire: autrement dit, il faut construire une dalle de béton et une structure autour. Donc, nous avons fait des démarches auprès des cinq ou six entreprises d'installation et de fabrication d'appareils médicaux, ce qui couvre à peu près 99 p. 100 de toutes les entreprises d'installation de technologie au pays. Je peux vous dire pour l'instant que nous ne croyons pas que tout l'argent a été dépensé aux fins prévues. On n'aurait pas encore dépensé 50 p. 100 du milliard de dollars.

Essentiellement, la question était la suivante: avons-nous constaté une augmentation marquée des ventes et du service, soit avant, soit après septembre 2000? Nous voulions attendre jusqu'à ce que l'argent soit effectivement disponible. La moitié l'a été avant le 1<sup>er</sup> avril 2001 et l'autre moitié après le 21 avril 2001. La deuxième hypothèse est qu'ils ont voulu attendre que l'entente soit conclue en septembre et que l'argent soit disponible, de sorte que le soubresaut se produirait au cours de la période de septembre au 1<sup>er</sup> avril, ou, d'un autre côté, ils ont voulu s'assurer d'avoir tout l'argent de sorte que le soubresaut se produirait après le 1<sup>er</sup> avril. Vous savez quoi? Il n'y a pas grand-chose en fait de soubresaut.

Nous espérons pouvoir publier prochainement cette étude. Le problème que nous avons à ce moment-ci, c'est de garantir la confidentialité des concurrents dans le domaine de l'installation.

**Le président:** Par contre, l'étude que vous menez va clairement surestimer le montant des fonds fédéraux qui sont devenus disponibles parce que vous partez de l'hypothèse que pendant la même période, les provinces n'auraient rien dépensé, et que le milliard de dollars du gouvernement fédéral devait venir s'ajouter aux sommes que les provinces prévoyaient dépenser.

Étant donné que vous examinez tout l'argent dépensé, vous surestimez clairement le milliard de dollars qui a été rendu disponible parce que l'étude suppose que les provinces n'ont rien dépensé. Si le chiffre que vous obtenez correspond à 50 p. 100, ou peu importe ce qu'il est, c'est un problème, quoique ce n'est pas le vôtre.

**M. Tholl:** Monsieur le président, si vous me permettez, d'un point de vue technique vous supposez qu'il y avait une augmentation et une réelle progression pour commencer, ce qui n'est pas le cas à mon avis.

**Le président:** Très bien.



**Mr. Tholl:** The question is then whether there was a blip in terms of real spending.

**The Chairman:** So it might have been zero, anyway?

**Mr. Tholl:** That is right.

**The Chairman:** On your blue ribbon task force, the two examples you use, one was the Benson study of the early 1970s and the other was the Carter commission, although you did not use the name "Carter."

My question to you is, given what you want to do, and knowing the almost impossibility of undertaking massive tax overhauls in this country, whether it would not be better to perhaps focus your sights a little more on something that is doable, since the purpose of the study would be: How can tax policy be changed so that on the catastrophic end, people would be better protected if their medical costs became prohibitively high?

Second, you might even have built in there some incentives for putting money aside for long term care or whatever, as for instance the Clair commission suggested in Quebec. If that is the purpose of your study, why would you look at overall tax reform, which is a bit like constitutional reform: an interesting idea that has gone somewhere approximately once in 140 years? Why not narrow it down in a more focused way and just get it done?

**Dr. Haddad:** Mr. Chairman, I think I will pass that question to my economist friend here on the right.

**Mr. Tholl:** I have a two-part answer: First, we think we are already narrowing it down in terms of looking explicitly at how health policy can be reinforced by tax policy. We think that, in the first instance, it is incumbent on governments and others to look at what the benefit incidence is of the current odds-and-sods approach to providing relief: thus \$400 for people taking care of people in homes, or the wheelchair allowances, or the disability tax credit. We think that, at a minimum, it is incumbent to look at what is currently there, and who is benefiting and who is paying. In fact, I can tell you that we are contracting out to some experts to do that tax benefit incidence analysis as we speak.

Thus, after having documented where we are and where in broad strokes we might go, you then raise a good question: What is, by the instalment plan, our pathway to the future? What we are basically saying is this: If you take pharmacare and home care as the two principle examples, there was overwhelming support for that coming out of the Prime Minister's National Health Forum three years ago. Why is it that we have not progressed those two files substantively? We think that, in large part, it is a lack of accountability and affordability. Such a big whack of money would be involved, and we have some estimates that we could share with you that are hot off the presses this afternoon. Nevertheless, it is such a whacking amount of money that it is likely to choke the system in terms of federal-provincial transfers or any other method.

**M. Tholl:** La question est de savoir s'il y a eu un soubresaut au chapitre des dépenses réelles.

**Le président:** Donc, il pourrait n'y avoir eu aucune dépense?

**M. Tholl:** C'est exact.

**Le président:** Au sujet de votre groupe de travail d'experts, vous avez donné deux exemples, celui de l'étude Benson du début des années 70 et celui de la commission Carter, quoique vous n'avez pas utilisé le nom «Carter».

Ma question est de savoir, compte tenu de ce que vous voulez faire, et sachant qu'il est presque impossible d'entreprendre des révisions fiscales en profondeur au Canada, s'il ne serait pas préférable de vous concentrer peut-être davantage sur quelque chose qui est faisable, étant donné que l'objet de l'étude le serait: Comment peut-on modifier la politique fiscale pour que les gens puissent être mieux protégés si leurs frais médicaux devenaient prohibitivement élevés?

Ensuite, vous pourriez même intégrer des incitatifs pour réserver des sommes aux soins de longue durée ou peu importe, comme l'a suggéré par exemple la commission Clair au Québec. Si tel est l'objet de votre étude, pourquoi examiner une réforme fiscale globale, qui ressemble un peu à une réforme constitutionnelle: une idée intéressante qui a donné des résultats quelconques à peu près une fois en 140 ans? Pourquoi ne pas procéder sur une échelle un peu plus réduite et le réaliser?

**Le Dr Haddad:** Monsieur le président, je pense que je vais laisser mon ami économiste, à ma droite, vous répondre.

**M. Tholl:** Ma réponse comporte deux volets. Tout d'abord, je pense que nous en avons déjà réduit l'échelle parce que nous examinons explicitement la façon de renforcer la politique de santé au moyen de la politique fiscale. Nous croyons qu'il revient au départ aux gouvernements et à d'autres le soin de déterminer l'incidence sur le plan des prestations de l'actuelle approche pour aider, d'où 400 \$ pour les personnes qui prennent soins d'autres à domicile, ou les indemnités pour fauteuil roulant, ou le crédit d'impôt pour personnes handicapées. Nous pensons qu'il est à tout le moins nécessaire d'examiner ce qu'il y a en ce moment, qui en profite et qui paie. En fait, je peux vous dire que nous avons retenu les services de divers spécialistes pour effectuer cette analyse de l'incidence de l'avantage fiscal.

Ainsi, après avoir documenté la situation actuelle et dans les grandes lignes ce que nous pourrions faire, vous soulevez une bonne question: quel est, selon le plan de crédit, notre cheminement vers l'avenir? Essentiellement, nous disons que si vous prenez les deux exemples des soins à domicile et de l'assurance-médicaments, le Forum national de la santé du premier ministre qui s'est tenu il y a trois ans les appuyait sans réserve. Pourquoi ces deux dossiers n'ont-ils pas progressé de façon significative? Nous pensons que c'est en grande partie un manque d'imputabilité et d'abordabilité. Il faudrait une somme d'argent tellement importante, et nous avons des estimations dont nous pourrions vous faire part qui ont été publiées cet après-midi même. Quoi qu'il en soit, il s'agit d'une somme d'argent tellement colossale qu'elle va probablement engorger le système pour ce qui est des transferts du fédéral aux provinces ou peu importe la méthode.

We believe that it is worthwhile to look at buying that kind of pathway to the future by the instalment plan, using 10 and 15-cent dollars applied where they might make the most impact, and that is on those folks who are currently not eligible for either pharmacare benefits or dental care benefits, or other kind of benefits. Supplementary benefits or other benefits that are available are rather disparate. If you look at the existing supplementary benefit plans that one would have at government versus CMA versus Heart/Stroke, or any of the other organizations I have happened to work for, you can see that there is quite a difference in supplementary health benefits. Thus we think that going by a sort of instalment plan, looking at targeted changes to the tax system might be the most doable pathway forward.

**The Chairman:** Very well, then, you would agree with me that we are better off to take it down to a bite-sized chunk with which something can be done and then go from there?

**Mr. Tholl:** But with a plan, Mr. Chair. If I can use an analogy, when we bought our new house 11 years ago, we could not afford to pay —

**The Chairman:** Oh, I agree, you want an input.

**Mr. Tholl:** Yes, and so can we have a plan?

**The Chairman:** Right.

**Mr. Tholl:** For example, get the interior decorator in to kind of figure out what room should be painted what colour, and then, yes, over 11 years — I just painted the last room.

**The Chairman:** I was not suggesting that we start off and then, after each step, decide what the next direction is. However, we must do it in bite-sized chunks or it will not happen.

**Senator LeBreton:** Dr. Haddad, you made a most revealing statements in your brief, and I think when you listen to the testimony before this committee, we have all fallen into this problem or this mess. You talked about remuneration and the fee-for-service issue, and there has been a preoccupation among policy makers for at least the past decade that fee-for-service is the root of all our problems, despite a lack of any vigorous evidence. If you follow the testimony, the whole primary care issue comes up again and again.

You then said that 50 per cent of physicians are on a fee-for-service basis and 42 per cent are paid by other means. I want you to expand a bit on what the other 42 per cent are.

You then say that, contrary to popular belief, physicians are very open to alternate payment methods. In a perfect world — not that we live in a perfect world — what is the best solution to this? Also, before you answer regarding just the 42 per cent, is that group composed mostly of salary workers, by and large, or salaried positions?

Nous croyons qu'il faudrait examiner cette possibilité quant au cheminement à suivre, utiliser dix et quinze cents dans le dollar, là où ces sommes auraient le plus d'incidence, c'est-à-dire pour les personnes qui n'ont actuellement pas droit à des prestations d'assurance-médicaments ou à des prestations d'assurance dentaire ou à toutes sortes de prestations. Les prestations complémentaires ou les autres prestations disponibles sont plutôt disparates. Si vous prenez les régimes complémentaires actuels que vous avez au gouvernement ou à l'AMC ou encore à la Fondation des maladies du cœur ou dans toutes les autres organisations pour lesquelles j'ai travaillé, vous pouvez constater qu'il y a toute une différence dans les prestations complémentaires de maladie. Nous pensons qu'en procédant par une sorte de système de crédit, des changements ciblés au système fiscal pourraient constituer le cheminement le plus réalisable pour l'avenir.

**Le président:** Très bien. Alors, vous conviendriez avec moi qu'il est préférable que nous ramenions le tout à des portions réalistes avec lesquelles on peut faire quelque chose, puis procéder de là?

**M. Tholl:** Mais avec un plan, monsieur le président. Si je peux utiliser une analogie, lorsque nous avons acheté notre maison il y a 11 ans, nous n'avions pas les moyens de payer...

**Le président:** Oh, je suis d'accord, vous voulez un apport.

**M. Tholl:** Oui, pouvons-nous avoir un plan?

**Le président:** Exact

**M. Tholl:** Par exemple, faire venir le service de décoration intérieure pour déterminer quelle pièce devrait être peinte de quelle couleur, puis, oui, sur 11 ans — je viens de peindre la dernière pièce.

**Le président:** Je ne proposais pas de commencer et de décider après chaque étape de ce qui allait venir ensuite. Cependant, nous pouvons le faire de façon progressive, sinon cela ne se produira pas.

**Le sénateur LeBreton:** Docteur Haddad, vous faites des déclarations très révélatrices dans votre exposé et je pense que lorsque vous écoutez tous les témoignages présentés à ce comité, nous avons tous rencontré ce problème. Vous avez parlé de la rémunération et de la rémunération à l'acte et les décideurs disent depuis dix ans au moins que la rémunération à l'acte est à l'origine de tous nos problèmes, même si l'on n'a pas de preuves rigoureuses à cet effet. Si vous regardez les témoignages, toute la question des soins primaires ne cesse de revenir.

Vous avez dit que 50 p. 100 des médecins sont rémunérés à l'acte et que 42 p. 100 ont d'autres modes de rémunération. J'aimerais que vous nous en disiez un peu plus sur les 42 p. 100.

Vous poursuivez ensuite en disant, contrairement à la croyance populaire, les médecins sont très ouverts à d'autres modes de rémunération. Dans un monde parfait — et ce n'est pas que nous vivons dans un monde parfait — quelle est la meilleure solution à cet égard? De plus, avant que vous nous répondiez au sujet des 42 p. 100, ce groupe se compose-t-il en majeure partie de salariés ou s'agit-il de postes à traitement annuel?



**Dr. Haddad:** The most recent figures I have is that 58 per cent of physicians are paid on a fee-for-service basis. That means that 90 per cent or more of the revenue comes from fee-for-service. Eight per cent are on salary; 24 per cent are remunerated by a variety of modes, but none of them more than 90 per cent; and 5.4 per cent are sessional or on a capitation basis. What we are saying is that you should be paid according to what you are doing.

I use myself as an example: I am an academic. I am paid partly by way of fee-for-service and partly for being a teacher. I am not expected to see as many patients, for example, as a gastroenterologist in private practice. In fact, I see 50 per cent as many. Thus more remuneration suits what I am doing as a physician but, interestingly enough, it also has some consequences on the workforce because I am one head. I am one gastroenterologist in someone's file. Perhaps I should be half of one. Maybe we can get to that issue later on.

**Senator LeBreton:** Following up on that, that again goes back to this primary care versus specialty care issue. Are we going down the wrong road here in focusing too much on primary care and not enough on the specialty care physicians? What comments do you have to make on that?

**Dr. Haddad:** What we are saying, in fact, is that there are many good things that arise out of having primary care. We probably could do things better, and I think physicians are open to that. What we have been told by our members, and what we have been told by the Canadian public, when we questioned the Canadian public, for example, in that national report card, is that the problem is one of access. The result was the same when the Canadian Medical Association questioned Canadian physicians via the PRQ, or physician resource questionnaire, and also by the Janus project, a questionnaire undertaken by the College of Family Physicians of Canada.

What are they having major problems accessing? Specialists? Technology? It is funny. We have been talking about things such as the emergency room, and the fact that access to specialists is a major problem. What has happened now is that, the last time I looked at the figures, we have closed 36 per cent of our acute beds in this hospital. I am an academic. We have closed 22 per cent of our teaching beds in this country.

Very little money has been spent on the infrastructure: bricks and mortar. We have seen in Montreal major problems in emergency rooms, major problems in the operating rooms. They have had to close operating theatres for weeks and months. I was also about to mention technology, but perhaps Dr. Wright could bring us a local flavour on this.

**Dr. Bruce Wright, President, Medical Society of Nova Scotia:** I think part of what we are dealing with here is the schizophrenia that exists with respect to our medical care system at the moment. I use that term very advisedly, but we have an issue from the recent College of Family Physician's survey that 30 per cent of Canadians are having trouble getting a family doctor, and thus accessing primary care. Yet, we have more and

**Le Dr Haddad:** Les plus récentes données dont je dispose indiquent que 58 p. 100 des médecins sont rémunérés à l'acte. Cela veut dire que 90 p. 100 ou plus des revenus sont le résultat d'une rémunération à l'acte. Huit p. 100 reçoivent un salaire, 24 p. 100 sont rémunérés en vertu de divers modes, mais aucun d'entre eux représentant plus de 90 p. 100, et 5.4 p. 100 sont rémunérés à la séance ou par capitation. Tout ce que nous disons, c'est que vous devriez être payé en fonction de ce que vous faites.

Prenez-moi en exemple: je suis un universitaire. J'ai une rémunération en partie à l'acte et en partie pour l'enseignement. Je ne m'attends pas à voir autant de patients, par exemple, qu'un gastro-entérologue en pratique privée. En fait, je vois 50 p. 100 moins de patients. Donc, une plus grande partie de la rémunération correspond à ce que je fais comme médecin, mais, fait intéressant, cela a des répercussions sur l'effectif parce que je suis une entité. Je suis un gastro-entérologue dans le dossier de quelqu'un. Je devrais peut-être être la moitié d'un gastro-entérologue. Peut-être que nous pourrions aborder cette question plus tard.

**Le sénateur LeBreton:** Si je poursuis, cela nous ramène encore à la question des soins primaires par rapport aux soins spécialisés. Sommes-nous sur la mauvaise voie du fait que nous nous concentrons trop sur les médecins en soins primaires et pas assez sur les médecins spécialisés? Qu'en pensez-vous?

**Le Dr Haddad:** En fait, nous disons qu'il y a de nombreux avantages qui découlent des soins primaires. Nous pourrions mieux faire les choses et je pense que les médecins sont ouverts à cela. Ce que nos membres nous ont dit, et ce que la population nous a dit, lorsque nous leur avons posé la question, par exemple, dans le Bulletin national dont nous avons parlé, c'est que nous avons un problème d'accès. Nous avons eu le même résultat lorsque l'Association médicale canadienne a sondé les médecins canadiens par le biais du QRM, ou le questionnaire sur les ressources médicales, et aussi dans le cadre du projet Janus, un questionnaire du Collège des médecins de famille du Canada.

Quels sont les grands problèmes d'accès? Les spécialistes? La technologie? C'est drôle, nous parlons de choses comme les salles d'urgence et le fait que l'accès aux spécialistes soit un grave problème. Que s'est-il produit? La dernière fois que j'ai consulté les données, nous avions fermé 36 p. 100 de nos lits pour soins de courte durée dans cet hôpital. Je suis un universitaire. Nous avons fermé 22 p. 100 de nos lits d'enseignement au Canada.

On consacre très peu d'argent à l'infrastructure: la construction. Nous avons été témoins à Montréal de graves problèmes dans les salles d'urgence, de graves problèmes dans les salles d'opération. Ils ont dû fermer des salles d'opération pendant des semaines et des mois. J'allais mentionner la technologie, mais peut-être que le Dr Wright pourrait nous donner une touche locale à cet égard.

**Dr Bruce Wright, président, Medical Society of Nova Scotia:** Je pense qu'une partie de ce que nous voyons ici, c'est de la schizophrénie à l'endroit de notre système de soins de santé. J'ai utilisé ce terme en pesant bien mes mots, mais nous avons les résultats du récent sondage du Collège des médecins de famille qui indiquent que 30 p. 100 des Canadiens ont de la difficulté à avoir un médecin de famille, et par conséquent à accéder aux

more increasing ability to do things if we had the technology, if we had the infrastructure, if we had the specialist.

We have things going down in two different directions. Trying to bring those two together is an extremely difficult and complex task. As I say, we have people who cannot gain access to primary care and then we have people who need certain sub-specialty procedures or diagnoses and we do not have the technology or the support for those things. Trying to marry those two almost conflicting views is what the challenge for a committee like yours is all about, and that is one of the difficulties.

Locally, we have the same problem in Nova Scotia: people getting access to family physicians and people accessing to specialty care. I had a letter from a specialist in Halifax just about a week ago on that same issue of having to cancel necessary surgeries because there were not enough resources to go around: people left suffering with whatever it was because they were not able to access those things.

**Senator LeBreton:** You have a double problem, then. If you have people in primary care and you have them going down that track, and then they need specialty care or technology. You have access problems at both levels is what you are saying?

**Dr. Wright:** Yes.

**Senator LeBreton:** I have one last question. I know this is true, and we have heard it many times. This whole effort to get people out of the teaching system, and all of us, I guess, were guilty. No one thought down the road ten years as to what would happen when people came out the other end of it. Is this situation improving? Are we starting to ramp up now in the teaching hospitals, at universities and within the whole medical profession, not only for doctors but also on the technician side, as far as you know?

**Dr. Haddad:** You mean as far as numbers go?

**Senator LeBreton:** Yes.

**Dr. Haddad:** In 1998, if I can go back, we had about 1,550 undergraduate students in our 16 Canadian medical schools. Following a report that was presented at General Council in 1998, the recommendation was to rapidly increase that number to 2,000. We have now gone up to 1,000 so although we have not yet reached 2,000 we have gone a good part of the way.

With respect to the other recommendations, the feeling of our organization and that of the Canadian Medical Forum is that very rapidly we will need to increase to 2,500 our enrolment at medical schools. The problem I am having as an academic is that Canadian medical schools, our 16 medical schools, are accredited with the same accreditation standards as their American schools. In fact, often people who are accredited in Canadian medical schools, and I have been an accreditator, are a combination of Canadian and Americans. The standards are the same, so it is not an Ontario criteria or a Quebec criteria. These are North American accreditation standards.

soins primaires. Pourtant, nous aurions de plus en plus la capacité de faire des choses si nous avions la technologie, si nous avions l'infrastructure, si nous avions les spécialistes.

Les choses vont dans deux directions différentes et il est extrêmement difficile de les ramener ensemble. Comme je le dis, il y a des gens qui n'ont pas accès aux soins primaires et il y en a qui ont besoin de certaines procédures sous-spécialisées ou de diagnostic et nous ne disposons pas de la technologie ou du soutien pour cela. Le défi pour un comité comme le vôtre est de marier ces deux points de vue presque contradictoires, et c'est là une des difficultés.

Sur le plan local, nous avons le même problème en Nouvelle-Écosse: les gens ont accès à des médecins de famille et ont accès à des soins spécialisés. Il y a une semaine, j'ai reçu une lettre d'un spécialiste d'Halifax qui me disait qu'il avait dû annuler des chirurgies nécessaires parce qu'il ne disposait pas des ressources nécessaires: des gens continuent de souffrir parce qu'ils n'ont pas pu avoir accès à ces choses.

**Le sénateur LeBreton:** Votre problème est donc double. Si vous avez des gens en soins primaires et vous leur dites d'emprunter telle voie, puis ils ont besoin de soins spécialisés ou de technologie. Vous avez un problème d'accès à deux niveaux. C'est bien ce que vous me dites?

**Le Dr Wright:** Oui.

**Le sénateur LeBreton:** Une dernière question. Je sais que c'est vrai et nous l'avons entendu à maintes reprises. Tous ces efforts déployés pour sortir les gens du système d'enseignement, je suppose que nous en étions tous responsables. Personne n'a pensé à ce qui se produirait dix ans plus tard. La situation s'améliore-t-elle? Commençons-nous à remonter la pente dans les hôpitaux universitaires, dans les universités et dans toute la profession médicale, pas seulement pour ce qui est des médecins, mais aussi du côté des techniciens, à votre avis?

**Le Dr Haddad:** Vous voulez dire sur le plan des nombres?

**Le sénateur LeBreton:** Oui.

**Le Dr Haddad:** En 1998, si je peux me rapporter à cette période, nous avions environ 1 550 étudiants de premier cycle dans nos 16 écoles de médecine au Canada. Suite à un rapport présenté au conseil général de 1998, la recommandation a été faite d'augmenter rapidement ce nombre à 2 000. Nous avons maintenant atteint 1 000. Ce n'est pas encore 2 000, mais nous avons fait une bonne partie du chemin.

Pour ce qui est des autres recommandations, notre organisme de même que le Forum médical canadien estiment que nous devrions très rapidement passer à 2 500 inscriptions dans nos écoles de médecine. Mon problème, en tant qu'universitaire, est que les écoles de médecine au Canada, nos 16 écoles de médecine, sont accréditées en vertu des mêmes normes d'agrément que les écoles américaines. En fait, il arrive souvent que les gens qui sont accrédités dans les écoles de médecine au Canada, et j'ai été accréditeur, sont une combinaison de Canadiens et d'Américains. Les normes sont les mêmes de sorte qu'on ne parle pas de critères de l'Ontario ou de critères du Québec. Ce sont des normes d'agrément nord-américaines.



We should be very proud of our Canadian medical schools. I have not looked at the situation for a while, although I used to follow it very closely when I was a vice-dean. Canadian medical schools consistently were amongst the top third in North America, and I think that is something of which we can be very proud.

The concern I have is that, suddenly having downsized medical schools and downsized the number of teaching hospitals, now we are asking for a sudden influx. We are having medical school rapidly increase the number of students, and I am not sure that the schools have the physical and human infrastructure to do so. As an academic, I am very concerned that the quality of our medical education may suffer.

**Mr. Tholl:** In response to the same question, just to add to what Dr. Haddad has said, again, in addition to the number of enrolment slots increasing, there was the recent announcement by HRDC of \$5.5 million in a two-and-a-half-year study to look at some of the adjustment problems that Dr. Haddad has referred to.

Also in the works is a cross-cutting, multi-disciplinary study that will look at how we plan for future human health resource needs based, on a disease-based or a patient perspective, on what the needs will be, irrespective of how those needs are initially met. Thus the Canadian Nursing Association, Canadian Medical Association, and the Home Care Association are looking at one really good Canadian health needs assessment that will help inform these decisions taken prospectively.

I guess the other bit of good news, apart from the fact that we are working together, is that governments are starting to get it, in my opinion. There is a process in place that involves government this time in what is called Task Force Two. Task Force One is what Dr. Haddad referred to as kind of the initiative that got the initial enrolment going. Task Force Two is a multi-disciplinary initiative that involves and engages. Actually, the liaison deputy minister is a physician from Nova Scotia, the deputy minister here in Nova Scotia. That, I suppose, would be the third cause for optimism.

**Senator LeBreton:** You have got this study going on, but is it on a very short time frame? Because while the study is ongoing, meanwhile the problem is continuing. Then you report on your study: All of the horses are out of the barn by the time the study is in. How do you deal with something like that? To have a study is one thing; to deal with the problem is quite another.

**Dr. Haddad:** Senator, you are right. Family doctors take six to eight years to produce; specialists take ten years or more. We do have an access problem there. Dr. Wright is absolutely correct when he says there is an access problem. After all, 30 per cent of Canadians do not have a family doctor.

In fact, I had an interview yesterday on CPAC, and I was mentioning to the interviewer that my daughter moved across the river from Ottawa two years ago. Now I am President of CMA. I

Nous avons toutes les raisons d'être fiers de nos écoles de médecine au Canada. Il y a longtemps que j'ai jeté un coup d'oeil à la situation, mais je la suivais de très près lorsque j'étais vice-doyen. Les écoles de médecine du Canada étaient continuellement dans le premier tiers en Amérique du Nord, et je pense que c'est une réalisation dont nous pouvons être très fiers.

Mon inquiétude est qu'après avoir soudainement réduit les effectifs dans les écoles de médecine et réduit le nombre d'hôpitaux d'enseignement, nous demandons maintenant un influx soudain. Les écoles de médecine font augmenter rapidement le nombre d'étudiants admis et je ne pense pas que les écoles disposent de l'infrastructure humaine et matérielle pour le faire. En tant qu'universitaire, je m'inquiète beaucoup que la qualité de notre enseignement dans le domaine de la médecine risque d'en souffrir.

**M. Tholl:** Pour répondre à la même question, en plus de ce qu'a dit le Dr Haddad, outre l'augmentation du nombre d'inscriptions, il y a DRHC qui a annoncé récemment une étude de 5.5 millions de dollars sur deux ans et demi sur certains problèmes d'ajustement auxquels le Dr Haddad a fait référence.

Il y a aussi en préparation une étude générale et multidisciplinaire qui examinera de quelle façon nous planifions les besoins en ressources humaines de santé à venir, d'un point de vue des patients ou de la maladie, sur ce que seront les besoins, peu importe la façon d'y satisfaire au départ. Ainsi, l'Association des infirmières et infirmiers du Canada, l'Association médicale canadienne et l'Association des soins à domicile envisagent une véritable évaluation des besoins en matière de santé au Canada qui aidera à éclairer ces décisions prises prospectivement.

Je suppose que l'autre bonne nouvelle, si on exclut le fait que nous travaillons ensemble, c'est que les gouvernements commencent à comprendre, à mon avis. On a maintenant un processus auquel participent les gouvernements que l'on appelle le Groupe de travail deux, le Groupe de travail un est celui auquel a fait référence le Dr Haddad et qui était l'initiative qui a permis de remettre en branle les inscriptions. Le Groupe de travail deux est une initiative multidisciplinaire qui demande un engagement. En fait, le sous-ministre qui assure la liaison est un médecin de la Nouvelle-Écosse, le sous-ministre ici en Nouvelle-Écosse. Ce serait là, je suppose, la troisième raison d'être optimistes.

**Le sénateur LeBreton:** Il y a donc cette étude en cours, mais quel est son échéancier? En effet, pendant qu'elle se déroule, le problème persiste. Vous faites ensuite rapport de votre étude. Toutes les ressources seront parties lorsque vous en connaîtrez les résultats. Que faites-vous dans une telle situation? Faire une étude est une chose, régler les problèmes en est une autre.

**Le Dr Haddad:** Madame le sénateur, vous avez tout à fait raison. Il faut de six à huit ans pour former des médecins de famille, dix ans ou plus pour les spécialistes. Nous avons effectivement un problème d'accès. Le Dr Wright a parfaitement raison lorsqu'il dit qu'il y a un problème d'accès. Après tout, 30 p. 100 des Canadiens n'ont pas un médecin de famille.

En fait, j'étais interviewé hier au réseau CPAC, et je mentionnais à l'intervieweur que ma fille a déménagé du côté de l'Outaouais il y a deux ans. Je suis maintenant le président de

do not interfere, and she does not want me to interfere, but she cannot find a family doctor. She has tried on a number of occasions to find a family doctor. She cannot. When she is ill, what I do is I call one of my friends on the Ottawa side and he does me a favour and sees her. Thus, there are problems with access. Seventy per cent of Canadian family doctors just do not take new patients.

**Senator LeBreton:** No. I know that.

**Dr. Haddad:** They just do not take new patients, and that is very worrisome. What we have been trying to work at is a kind of global view. For example, let us increase the number of undergraduate students, increase the number of residents. We are going beyond counting heads, which is what we used to do, because all the heads are not doing the same thing. I am a perfect example of someone who is not doing the same thing as someone who is in private practice.

We will be leaders in the world, in my opinion, if this Task Force Two delivers what we think it will deliver, because the rest of the world is still counting heads.

**Senator LeBreton:** Yes.

**Dr. Haddad:** They are making mistakes. We made a major blunder in 1992 when we said we were overstocked with doctors, and that opinion was arrived at by counting heads. What can we do for tomorrow? Working harder will not do it; working smarter will not do it. We must increase our numbers. In other words, decrease demand, and increase our numbers.

One idea that we had, which we talked about to the Standing Senate Committee on Finance, is that we know there are 10,500 doctors south of the border. One thousand of them sit on the border and they practice north and south of the border. We also know that there is a health care work force, nurses and technologists, down south of the border, too, but I do not have their numbers. I asked but I could not get their numbers. What we are saying is if what the Canadian public is telling us is correct, then what government has to recognize and what we must recognize is that we are in a short term crises, and since what we are looking at, really, are long term solutions, how about trying to repatriate some of those physicians back to Canada?

**Senator LeBreton:** Yes.

**Dr. Haddad:** We then said to ourselves, "Let us consider giving them a tax break: say, 50 per cent for three years, a one-shot deal, not just for the doctors but for the health care workforce." That might help things. We are looking at many facets to our work force crises.

**Dr. Wright:** May I just add to that? With one of the issues locally here we have switched the words around. We used to talk about recruitment and retention of physicians. We are now saying retention and recruitment because it is our contention that it is a lot cheaper to keep me in the province than it is if I leave the

l'AMC. Je n'interviens pas, et elle ne veut pas que je le fasse, mais elle ne peut pas se trouver un médecin de famille. Elle a essayé à plusieurs reprises de s'en trouver un, mais peine perdue. Lorsqu'elle est malade, j'appelle un de mes amis du côté d'Ottawa qui me rend un service et la reçoit en consultation. Il y a donc des problèmes d'accès. Soixante-dix pour cent des médecins de famille au Canada ne prennent tout simplement plus de nouveaux patients.

**Le sénateur LeBreton:** Je le sais.

**Le Dr Haddad:** Ils ne prennent tout simplement plus de nouveaux patients, et c'est très inquiétant. Nous avons essayé de dresser une vue d'ensemble. Par exemple, augmentons le nombre d'étudiants de premier cycle, augmentons le nombre de résidents. On ne compte plus les têtes, ce que nous faisons auparavant, parce que ces têtes ne font plus la même chose. Je suis l'exemple parfait de celui qui ne fait pas la même chose qu'un autre en pratique privée.

Nous serons les chefs de file dans le monde si le Groupe de travail deux livre ce que nous pensons qu'il livrera parce que dans le reste du monde, on continue de compter des têtes, c'est du moins ce que je pense.

**Le sénateur LeBreton:** Oui.

**Le Dr Haddad:** Ils font des erreurs. Nous en avons commis une superbe en 1992 lorsque nous avons dit que nous avions trop de médecins, et nous sommes venus à cette conclusion en comptant les têtes. Que pouvons-nous faire pour demain? Ce n'est pas le travail acharné qui le fera, ce n'est pas le travail plus intelligent qui le fera. Nous devons augmenter les nombres. Autrement dit, diminuer la demande et augmenter les nombres.

Une des idées que nous avons eues, dont nous avons fait part au comité sénatorial permanent des finances, est que nous savons qu'il y a 10 500 médecins chez nos voisins du Sud. Mille d'entre eux sont le long de la frontière et ils exercent des deux côtés de celle-ci. Nous savons aussi qu'il y a un groupe de travail sur les soins de santé, des infirmiers, des infirmières et des technologues, du côté américain également, mais je n'en connais pas le nombre. J'ai posé la question mais je n'ai pas pu obtenir le nombre. Nous disons donc que si ce que nous dit la population canadienne est exact, alors le gouvernement doit reconnaître et nous devons reconnaître que nous traversons des crises de courte durée et que puisque nous envisageons en fait des solutions à long terme, pourquoi ne pas essayer de rapatrier un certain nombre de ces médecins au Canada?

**Le sénateur LeBreton:** Oui.

**Le Dr Haddad:** Nous nous sommes alors dit: «Consentons-leur un allègement fiscal, disons, de 50 p. 100 pour trois ans, une entente unique, pas seulement pour les médecins, mais pour tous les travailleurs de la santé». C'est une solution qui pourrait nous aider. Nous sommes en face de nombreux aspects de notre crise en matière de main-d'oeuvre.

**Le Dr Wright:** Puis-je ajouter quelques observations? Pour un des problèmes que nous avons à l'échelle locale, nous avons interverti les mots. Nous parlions auparavant de recrutement et de conservation de médecins. Nous parlons maintenant de conservation et de recrutement car nous prétendons qu'il est



province and you must then recruit someone else to replace me. The difficulty is that you need to balance out the incentives that Dr. Haddad is talking about with the people who are left. What do you do about the person who has made the decision to stay, while at the same time you are paying someone a large amount of money to come back on to come to the province? That is one thing.

Also in Dr. Haddad's presentation, he talked about evolution, not revolution. We need to deal with these things sequentially. You cannot redesign the hull of a ship in the middle of the ocean, and we do not have the chance to go into dry dock here. Thus we must evolve this whole process. We cannot do a sudden left shift or right shift on this whole process.

**Senator LeBreton:** When you were talking about the increase in medical skills, you talked about the North American schools and the fact that there are U.S. medical students in Canada. When we look at those numbers coming out of medical school, we know we are going to lose a significant portion of them back to the United States. Is that right? We are training doctors here and —

**Dr. Haddad:** No. My understanding is that Canadian medical schools usually have a quota of Canadian medical students. Take, for example, my faculty of medicine. We have, let us say, 120 slots for Canadian students.

**Senator LeBreton:** But if only 100 fill —

**Dr. Haddad:** No. Oh, no. We fill 120 slots very easily.

**Senator LeBreton:** Oh, you do?

**Dr. Haddad:** One thing we still have in this country, compared to other countries such as England and the United States, is that we are still attracting amongst the highest quality of students. That is not the case now in the United States, or even in England. We are very fortunate. We have la crème de la crème, as they say in français, still wanting to become doctors.

The other issue which I would like to deal with, seeing that we are on resources, is the Aboriginal issue. As I mentioned, we do have a tremendous amount of disparity in the health status of the our Aboriginal citizens compared to the rest of the population. We are dealing with, two, three, and four times the incidence of common diseases, such as diabetes, heart disease, stroke, hypertension, and social illnesses.

With respect to Aboriginals, there is an eight-year decrease in longevity at birth. It has been shown that Aboriginal children involved in accidents have eight times the morbidity of non-Aboriginal children who are involved in accidents. Thus we do have tremendous health disparities and we also do have a cultural access problem.

beaucoup moins dispendieux de me garder dans la province que de me voir partir et de devoir alors recruter quelqu'un d'autre pour me remplacer. La difficulté, c'est de trouver un équilibre au sujet des incitatifs dont le Dr. Haddad a parlé pour les gens qui restent. Que faites-vous au sujet de la personne qui a décidé de rester alors que vous versez une grosse somme d'argent à quelqu'un pour l'inciter à revenir ou à venir s'établir dans la province? C'est une première chose.

De plus, dans son exposé, le Dr. Haddad a parlé d'évolution et non de révolution. Il faut procéder de façon ordonnée. Vous ne pouvez pas redessiner la coque d'un navire dans le milieu de l'océan car vous n'avez pas la possibilité de trouver une cale sèche à cet endroit. Ainsi, nous devons faire évoluer tout ce processus. Nous ne pouvons pas faire tout d'un coup un virage à gauche ou un virage à droite avec ce processus.

**Le sénateur LeBreton:** Lorsque vous parliez de l'augmentation dans les écoles de médecine, vous parliez des écoles en Amérique du Nord et du fait qu'il y a des étudiants en médecine au Canada qui sont des Américains. Lorsque nous examinons le nombre de diplômés de nos écoles de médecine, nous savons que nous allons en perdre un nombre important au profit des États-Unis, n'est-ce pas? Nous formons des médecins ici et...

**Le Dr. Haddad:** Non. Je crois comprendre que les écoles de médecine au Canada ont habituellement un contingent d'étudiants canadiens. Par exemple, prenez ma faculté de médecine. Nous avons, disons, 120 places disponibles pour des Canadiens.

**Le sénateur LeBreton:** Mais s'il y en a seulement 100...

**Le Dr. Haddad:** Non. Sûrement pas. Nous comblons très facilement les 120 places.

**Le sénateur LeBreton:** Ah oui?

**Le Dr. Haddad:** Une chose que nous avons encore ici au Canada, comparativement à d'autres pays comme l'Angleterre et les États-Unis, c'est que nous continuons d'attirer les meilleurs étudiants. Ce n'est pas le cas en ce moment aux États-Unis, ni même en Angleterre. Nous sommes très chanceux. Nous avons la crème de la crème, comme on dit en français, qui veulent encore devenir des médecins.

L'autre question que j'aimerais aborder, puisque nous parlons des ressources, c'est celle des Autochtones. Comme je l'ai mentionné, nous avons un écart incroyable pour ce qui est de l'état de santé de nos citoyens autochtones comparativement au reste de la population. Nous parlons d'une fréquence de 2, 3 et même 4 fois pour ce qui est des maladies courantes tels que le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension et les maladies sociales.

Pour ce qui est des Autochtones, il y a une diminution de huit ans de la longévité à la naissance. Il a été démontré que la morbidité chez les enfants autochtones victimes d'accident est huit fois supérieure à ce qu'elle est pour les enfants non autochtones. Nous avons donc des écarts considérables sur le plan de la santé, en plus d'avoir un problème d'accès culturel.

As I mentioned before, we have only 50 Aboriginal physicians in this country. Maybe I am mistaken with respect to the number: we may have a few more, or a few less. What the CMA has been looking at is to find a way to increase the number of Aboriginal medical students in Canada, and do it rapidly? We do have bursaries, but that is not enough.

Aboriginal health is a federal jurisdiction. I have mentioned the fact that medical schools have a reserved number of slots. University of Toronto, let us say, has 200 as an example. What we are recommending to the federal government is that they finance the number of slots above the 200 for Aboriginal medical students. Thus, for example, in Toronto there would be the 200 slots as usual but then they would buy from the University of Toronto an additional five slots. The number can be determined. We can determine which medical school they can go to. We feel that this could be a very eloquent way to encourage Aboriginal students to go to medical school and increase in the medium term the number of Aboriginal physicians.

**The Chairman:** You know how governments love precedents, so if you are looking for a precedent for your tax proposal, go back and look at the precedent that was used in the late 1960s and early 1970s to attract academics to Canada from the United States. The deal was — and you had better get the exact numbers — I think, in fact, that they came tax free, certainly for a period of two years. In any event, the Finance Department absolutely loves to have a precedent, and one does exist.

**Dr. Haddad:** Can I just give you a further, current precedent? The Quebec Government is —

**The Chairman:** You would be far better off to have a federal precedent, and I am talking about a federal precedent.

**Dr. Haddad:** But there is a precedent now, in Quebec where they are attracting —

**The Chairman:** Right. That, I understand, but I am talking about the way people think, the way the feds think.

**Senator Cook:** My questions are general in nature. I want to talk a bit about the need to develop core professional education programs. A previous witness this afternoon alluded to that. As a bit of background, I come from Newfoundland. In the mid-1980s, the nursing profession in that province looked at those whom they were educating, and I chaired that study. We found that the licensed practical nurse was being educated in a community college, that the registered nurse was being educated in a school of nursing, of which there were three in the city, and Memorial University was delivering a Baccalaureate of Nursing at two sites. We did not think that was a very effective use of resources or money, so we set about looking at a core curriculum.

Comme je l'ai mentionné précédemment, nous ne comptons que 50 médecins autochtones au Canada. Je me suis peut-être trompé pour ce qui est du nombre, il y en a peut-être un peu plus, ou un peu moins. Ce que nous, à l'AMC, avons essayé de faire, c'est de trouver une façon d'accroître le nombre d'étudiants autochtones en médecine au Canada, et de le faire rapidement. Nous offrons des bourses, mais ce n'est pas suffisant.

La santé des Autochtones est de compétence fédérale. J'ai mentionné que les écoles de médecine ont un nombre réservé de places. Par exemple, disons que l'Université de Toronto a 200 places. Nous recommandons au gouvernement fédéral de financer les places en sus de 200 pour des étudiants autochtones en médecine. Ainsi, par exemple, il y aurait comme à l'habitude 200 places réservées et il faudrait alors acheter de l'Université de Toronto cinq places additionnelles. Le nombre reste à déterminer. Nous pouvons décider de l'école de médecine où les envoyer. Nous pensons que ce serait une façon formidable d'encourager les étudiants autochtones à étudier en médecine et, par le fait même, une façon d'accroître à moyen terme le nombre de médecins autochtones.

**Le président:** Vous savez à quel point les gouvernements aiment les précédents. Si vous cherchez un précédent pour votre proposition d'ordre fiscal, renseignez-vous sur le précédent qu'on a utilisé à la fin des années 60 ou au début des années 70 pour attirer des universitaires des États-Unis au Canada. L'entente était — et je vous suggérerais d'obtenir les chiffres précis — en fait, je pense qu'ils étaient exemptés d'impôt, du moins pour une période de deux ans. Quoi qu'il en soit, le ministère des Finances adore les précédents, et il y en a un.

**Le Dr Haddad:** Puis-je vous donner un autre précédent, d'actualité? Le gouvernement du Québec...

**Le président:** Il serait de beaucoup préférable que vous ayez un précédent fédéral, et c'est d'un précédent fédéral dont je vous parlais.

**Le Dr Haddad:** Mais il y a en ce moment un précédent au Québec par lequel ils attirent...

**Le président:** Exact. Je comprends tout cela, mais je vous parle de la façon dont les gens pensent, la façon dont les fédéraux pensent.

**Le sénateur Cook:** Mes questions sont de nature générale. J'aimerais parler un peu de la nécessité de mettre au point des programmes d'études professionnelles de base. Un témoin que nous avons entendu plus tôt cet après-midi y a fait allusion. En guise de contexte, je viens de Terre-Neuve. Au milieu des années 80, la profession d'infirmier et d'infirmière dans cette province a jeté un coup d'oeil sur ceux qui faisaient des études dans le domaine, et c'est moi qui présidais l'étude. Nous avons constaté que les infirmières auxiliaires autorisées suivaient leurs cours dans un collège communautaire, que les infirmières autorisées suivaient leurs études dans une école de sciences infirmières, et nous en avions trois dans la ville, et que l'Université Memorial délivrait un baccalauréat en sciences infirmières dans deux campus. Nous nous sommes dit que ce n'était pas une façon très efficace d'utiliser les ressources ou



This was the mid-1980s. It took us until the year 2000, which was our goal, and we called it BN 2000. Along the way, there were appropriate incentives, exits and entries even at the LPN level that a nurse could take a credit or two or three if she wanted to make choices to move on in the profession. I am just wondering how practical it is, or necessary, to move that kind of an educational program completely through the discipline of education?

**Dr. Haddad:** I do not know if one of my partners here can help me out, but I really do not have an opinion.

**Senator Cook:** We hear a lot, especially now, about nurse practitioners. They are coming close to the discipline of the medical profession and working in designated areas. I think we turn out a better worker for the health care system.

**Dr. Wright:** In the province of Nova Scotia, currently there are four demonstration projects where there is a collaborative practice between nurse practitioners and physicians. The final report card is not in, and it was done with federal money. The problems with that were that it was vastly more expensive than I think anybody had anticipated. It did not save money. It may have redirected the type of care that people are getting and the person providing the care, but I do not think it was a savings in terms of providing more care for the same dollars, or the same care for fewer dollars. At least, that was one of the issues in that area.

**Dr. Haddad:** I think the experiences of certain rural and remote communities are the same wherever nurse practitioners are working, and what has been noticed is that it has been cost effective as far as decreasing the access time to physicians. However, it has not decreased the overall costs. I do not know if that answers your question.

**Senator Cook:** From an educational point of view, building extra, appropriate courses into the system was not cost effective. Is that what you are saying?

**Mr. Tholl:** I just have two points, and I would want to go back and check my facts on the first point, which is that that was part of the vision at McMaster University. McMaster was another one of those four new medical schools that opened up in 1971, along with Memorial University, and that vision was that they exposed folks from different disciplines to at least a coordinated, if not core, curricula. I think the experience of McMaster would be worth looking at in terms of its efforts.

Second, the nurse practitioner program in Ontario: They trained the nurse practitioners and then did not get the change in the law, change in their ability to practice, so you had almost a lost generation of nurse practitioners. The evidence, I think, is very supportive of what Dr. Haddad has just said in terms of nurse practitioners in that they are not cost-producing but, in certain

l'argent de sorte que nous avons entrepris d'examiner la proposition d'un programme d'études de base.

C'était au milieu des années 80. Il nous a fallu jusqu'en 2000, qui était notre objectif, et nous l'avons appelé BN 2000. Tout au long du cheminement, il y avait les incitatifs appropriés, des départs et des arrivées, même au niveau des IAA, qu'une infirmière pouvait prendre un, deux ou trois crédits si elle voulait faire des choix pour progresser dans la profession. Je me demande seulement à quel point c'est pratique, ou nécessaire, d'amener un tel programme d'études?

**Le Dr Haddad:** Je ne sais pas si un de mes partenaires ici peut m'aider, mais je n'ai vraiment pas d'opinion.

**Le sénateur Cook:** Nous entendons beaucoup parler, plus particulièrement maintenant, des infirmières praticiennes. Elles se rapprochent de la profession médicale et elles travaillent dans des secteurs désignés. Je pense que nous produisons un meilleur travailleur pour le système de santé.

**Le Dr Wright:** À l'heure actuelle, en Nouvelle-Écosse, nous avons quatre projets de démonstration dans le cadre desquels nous avons une pratique en collaboration d'infirmières praticiennes et de médecins. Le bulletin final n'est pas encore sorti, et les projets étaient financés par le fédéral. Le problème est que les projets ont été énormément plus dispendieux qu'on l'avait prévu. Ils n'ont pas permis d'économiser de l'argent. Ils ont peut-être permis de réorienter les soins que les gens reçoivent et les personnes qui les prodiguent, mais je ne pense pas qu'ils aient permis des économies au sens de donner plus de soins pour les mêmes dollars, ou les mêmes soins pour quelques dollars de moins. Du moins, c'est ce qui s'est passé dans ce cas.

**Le Dr Haddad:** Je pense que les expériences tentées dans les collectivités rurales et éloignées ont donné les mêmes résultats en ce qui concerne le travail des infirmières praticiennes; on a constaté que c'était une façon de faire efficace sur le plan des coûts qui permettait de réduire le temps d'accès à des médecins. Cependant, il n'y avait pas de changement pour ce qui est des coûts globaux. Je ne sais pas si cela répond à votre question.

**Le sénateur Cook:** D'un point de vue de l'enseignement, la création de cours appropriés supplémentaires n'a pas été efficace sur le plan des coûts. Est-ce bien ce que vous me dites?

**M. Tholl:** J'aurais deux points à mentionner, et j'aimerais pouvoir vérifier les faits au sujet de mon premier point, qui est que cela faisait partie de la vision à l'Université McMaster. McMaster était une des quatre nouvelles écoles de médecine qui ont ouvert leurs portes en 1971, tout comme l'Université Memorial, et cette vision était qu'ils exposaient les étudiants de différentes disciplines à au moins un programme d'études coordonné, sinon central. Je pense qu'on y gagnerait à examiner l'expérience de McMaster sur le plan des efforts déployés.

Mon deuxième point, le programme d'infirmières praticiennes en Ontario. Ils ont formé les infirmières praticiennes, et ils n'ont pas changé la loi, apporté des modifications pour ce qui est de la capacité d'exercer, de sorte que vous avez pratiquement une génération d'infirmières praticiennes qui est perdue. À mon avis, les preuves abondent amplement dans le sens de ce que vient de

circumstances, they are very cost-effective ways of meeting unmet needs.

Last but not least, I guess, picking up on the witnesses just before us in terms of scope of practice, I think we are at a very interesting time in Canada where there is such a chronic shortage of health care workers across the board that the traditional impediments to a proper allocation of tasks are perhaps less than otherwise.

We would be happy to share with the committee what we think is a fairly instructive approach to defining scope of practice, which we have sent out to other disciplines. There has been very strong support for that scope of practice document that basically says it ought to be skills based; it ought to be education based rather than turf based. We would be happy to share that with the committee. We think that is an important next step.

**Dr. Wright:** Just to clarify, we have been involved with the Registered Nurses Association in legislation for nurse practitioners. There are two basic groups of people that I think we are looking at: One is the specialty nurse in a tertiary care centre who is performing a number of functions. The example I would use here is the dialysis unit, perhaps doing a number of functions previously done by a physician. Then there is more in relation to the primary care demonstration projects. The term "collaborative practice" is now in that legislation. Thus, it is coming in Nova Scotia. However, there has been no discussion yet as to how we fund it.

**Senator Cook:** One interesting thing that we saw in that process was that the student at university was in the second year of a program before he or she saw a patient, and when they did, a fair number of them said, "This is not for me." That was one of the benefits that we saw, even from an educator's point of view. I think we need to think outside the box when we are considering how to deliver the best care for Canadians in this health system, and look at all the options.

**Dr. Haddad:** What I can add here is that in Canadian medical schools, students are in contact with patients during the first year. I know in my medical school, what is very interesting is that they do not send the students to university hospitals. They send them out into the communities, some very isolated communities, to work with doctors doing house calls, and so on. Thus they are really at the front line. They get a taste of what medicine is like, not at the university centre but out in the communities, and they love it. They come back enchanted. I have not seen too many change their minds and want to do something else, so I think the admission criteria works.

dire le Dr Haddad au sujet des infirmières praticiennes, à savoir qu'elles n'entraînent pas de coûts mais que dans certaines situations, elles représentent un mécanisme très efficace sur le plan des coûts pour satisfaire à des besoins non satisfaits.

Comme dernier point, mais non le moindre, m'inspirant de ce qu'on dit les témoins qui m'ont précédé au sujet du cadre des fonctions, je pense que nous vivons une période très intéressante au Canada, à savoir que notre manque de travailleurs de la santé sur toute la ligne est tellement chronique que les empêchements traditionnels à une bonne affectation des tâches sont peut-être moins nombreux.

Nous serions heureux de communiquer au comité ce que nous pensons qui est une approche passablement riche en enseignements pour définir les champs de pratique, que nous avons faits parvenir à d'autres disciplines. Notre document sur les champs de pratique a reçu un très bon accueil. Essentiellement, on dit qu'ils doivent être axés sur les compétences, qu'ils doivent être axés sur l'enseignement plutôt que sur les intérêts. Nous serions heureux d'en faire part au comité. Nous pensons qu'il s'agit d'une prochaine étape importante.

**Le Dr Wright:** Uniquement à titre de précision, nous collaborons avec l'Association des infirmières autorisées à une mesure législative destinée aux infirmières praticiennes. Nous envisageons deux groupes de personnes: un premier est celui des infirmières spécialisées dans un centre de soins tertiaires qui exécutent plusieurs fonctions. J'utiliserais l'exemple de l'appareil de dialyse, où l'infirmière exécute plusieurs fonctions auparavant exécutées par un médecin. Il y a plus pour ce qui est des projets de démonstration en soins primaires. On trouve maintenant dans cette mesure législative l'expression «pratique de collaboration». Ainsi, on l'aura en Nouvelle-Écosse. Cependant, il n'y a eu encore pour l'instant aucune discussion sur la façon de le financer.

**Le sénateur Cook:** Un point intéressant que nous avons vu dans ce processus c'était que l'étudiant au niveau universitaire attendait à sa deuxième année du programme avant de voir un patient, et il y a un bon nombre de ces étudiants qui ont alors dit, «ce n'est pas pour moi». C'était un des avantages que nous avons vus, même du point de vue d'un éducateur. Je pense que nous devons sortir des sentiers battus lorsque nous envisageons la façon de donner les meilleurs soins aux Canadiens dans notre système de santé, et examiner toutes les options.

**Le Dr Haddad:** Je pourrais ajouter que dans les écoles de médecine au Canada, les étudiants sont en contact avec des patients dès la première année. Je sais que dans mon école de médecine, ce qui est très intéressant, c'est que nous n'envoyons pas les étudiants dans les hôpitaux universitaires. On les envoie dans les collectivités, parfois très isolées, pour travailler avec les médecins qui font des visites à domicile, et tout le reste. Ainsi, ils sont vraiment aux premières lignes. Ils ont une vraie idée de ce qu'est la médecine, pas dans le sens universitaire, mais dans les collectivités, et ils adorent cela. Ils en reviennent enchantés. Je n'ai pas vu beaucoup d'étudiants qui ont changé d'idée et voulu faire autre chose, de sorte que je pense que ces critères d'admission fonctionnent.



**Senator Robertson:** I want to congratulate my New Brunswick friend on his future task. I have just a couple of reasonably quick questions, Mr. Chair.

I am not sure where — I think it might have been on your web site, or it might have been in Vancouver, but the CMA advised us that they would respond to each of our issues and options. Some of us have been waiting for that document with great anticipation.

**The Chairman:** I think, so are the witnesses.

**Senator Robertson:** Can you advise us, perhaps, when we might expect to receive this document? I understand you are all very busy, but we are very anxious to get it.

**Dr. Haddad:** We did mention at the start that we are still working on it. The CMA has to reach consensus with its partners. It is not always an easy task to do, but we are working on it, and as soon as possible. You will be the first to know.

**Senator Robertson:** We might have it as a Christmas gift perhaps.

**The Chairman:** As you know, Senator Robertson was a provincial health minister, and those of us who have been involved in federal-provincial relations for the decades represented around this table think that any time you can attain a consensus is an achievement, even if it takes time. We do understand the problem.

**Mr. Tholl:** We are trying to do it differently this time.

**Senator Robertson:** Yes.

**Mr. Tholl:** That is a very bottoms-up process, building in the CMA divisions and, as both of you will know, building consensus is valued but it takes time. We are very pleased that we did get that consensus on our framework document which we have submitted to the other place, to Mr. Romanow, and I trust that the committee has received a copy of that. That is the framework that we are trying to apply. I can tell you that in areas except those relating to financing, we already have a very large consensus.

It would not surprise you to learn that on issues of user fees, people have different conceptions of what the term "user fees" means or does not mean, or medical savings accounts and other recommendations or issues that you put in your report. Thus it is that area, the area of finance, that we are struggling to gain that consensus. Perhaps that helps a little bit more to pin it down. We are still, obviously, committed to doing our best to reach that consensus, and we hope that it happens sometime between now and Christmas.

**Senator Robertson:** Thank you very much for that. You are hung up with finances.

The next question I have relates somewhat to the financial circumstance in which the provinces find themselves, the delivery of services. I can only speak for some of the witnesses, or reiterate

**Le sénateur Robertson:** Je tiens à féliciter mon ami du Nouveau-Brunswick quant à sa future tâche. Monsieur le président, je n'aurais que quelques questions relativement brèves.

Je ne suis pas certaine où — je pense que c'était sur votre site Web ou peut-être que c'était à Vancouver, mais l'AMC nous a informé qu'elle répondrait à chacune de nos questions et options. Il y en a quelques-uns parmi nous qui avaient bien hâte d'avoir ce document.

**Le président:** Je pense que c'est également le cas pour les témoins.

**Le sénateur Robertson:** Pouvez-vous nous dire peut-être à quel moment nous pourrions recevoir ce document? Je comprends que vous êtes tous très occupés, mais nous avons bien hâte de l'avoir.

**Le Dr Haddad:** Nous avons mentionné au début qu'on y travaillait encore. L'AMC doit parvenir à un consensus avec ses partenaires. Ce n'est pas toujours facile, mais nous nous y employons, et ce sera le plus tôt possible. Vous serez les premiers à l'apprendre.

**Le sénateur Robertson:** Nous pourrions peut-être l'avoir comme cadeau de Noël?

**Le président:** Comme vous le savez, le sénateur Robertson était une ministre provinciale de la santé et ceux et celles d'entre nous qui ont été mêlés aux relations fédérales-provinciales depuis les décennies représentées autour de cette table pensent que chaque fois que vous pouvez avoir un consensus c'est un exploit, même si cela prend du temps, nous comprenons le problème.

**M. Tholl:** Nous essayons de le faire différemment cette fois-ci.

**Le sénateur Robertson:** Oui.

**M. Tholl:** Il s'agit d'un processus qui part vraiment de la base, qui se fait dans les divisions de l'AMC et, comme vous le savez tous deux, créer un consensus est quelque chose d'important, mais il faut du temps. Nous sommes très heureux d'avoir obtenu ce consensus à l'égard de notre document cadre que nous avons remis à l'autre place, à M. Romanow, et je pense que le comité en a également reçu un exemplaire. C'est le cadre que nous essayons d'appliquer. Je peux toutefois vous dire que dans des domaines à l'exception des finances, nous avons déjà un très large consensus.

Vous ne seriez pas surpris d'apprendre que sur la question du ticket modérateur, les gens ont des conceptions différentes de ce que signifie ou ne signifie pas le terme «ticket modérateur», ou encore de ce que signifie un compte d'épargne-santé et les autres recommandations ou questions dont il est question dans votre rapport. C'est donc dans le domaine des finances que nous ne parvenons pas à faire le consensus. Cela vous aide peut-être à voir où nous en sommes. De toute évidence, nous sommes encore déterminés à tout faire en notre possible pour obtenir ce consensus, et nous espérons le faire d'ici Noël.

**Le sénateur Robertson:** Merci beaucoup pour cela. Ce sont les finances qui vous arrêtent.

Ma question suivante a trait en quelque sorte à la situation financière dans laquelle les provinces se retrouvent, la prestation des services. Je ne peux parler que de ce qu'on dit les témoins, ou

what they said. I am sure Dr. Haddad would know where I am coming from on this one. What do the provinces do when they have equipment but they do not have the money to hire the staff for sufficient periods of time to get good use out of that equipment?

For instance, in a hospital near where I live there are eight operating rooms, and perhaps only half of them are in use because the support staff, the nurses, the anaesthetists and the doctors just cannot work all the time, and they do not have enough staff to keep them open. The line-up backs up. Before you start to answer that, I will tack on something else that is of concern to me, if I may.

People wonder what we can do about this. I do not know what they do about it because whether they can find the money, if the system were differently managed. I am not close enough to it now to make any determination like that.

I am sure you are all familiar with Dr. McGowan's project at Sunnybrook where he has a private clinic. It is called the Canadian Radiation Oncology Services. He uses the equipment in Sunnybrook for oncology and it is a private operation. When their system closes down because they do not have the staff and the waiting list for radiation keeps growing, then they have allowed him, as a private operator, to use the facilities and shorten the waiting list. It seems to be working out very well.

I do not know if there is an opportunity here for us to do that in some other circumstance, but I would like to know what your opinion is on this process or this application of private health care filling in where the public health care in those instances where there is a shortfall. Just like my operating rooms that I referred to earlier that cannot function because they do not have staff or money. The money comes first to hire the staff. Would you give your approval to something like that, a private service?

**Dr. Haddad:** Can I ask if this facility has a public contract? It is contracted out by the public — ?

**The Chairman:** Yes. Let me explain quickly how it works. They simply rent the facilities from Sunnybrook. All of their patients are medicare patients, so although it is a privately owned clinic, they treat nobody but medicare patients and they are paid on a per-patient basis by OHIP. They work from 6:30 to 10:30 at night.

**Senator Robertson:** They receive the same amount of money as if it had been done in the regular hours on the oncology unit.

**Dr. Haddad:** No. I really do not have any problem with that because here we are having private delivery but with a public contract, and accountable to the public health care system.

**Senator Robertson:** Yes.

réitérer ce qu'ils ont dit. Je suis convaincue que le Dr Haddad me voit venir. Que font les provinces lorsqu'elles ont du matériel mais qu'elles n'ont pas l'argent pour engager le personnel nécessaire pour des périodes suffisantes permettant de faire un bon usage de ce matériel?

Par exemple, dans un hôpital près de l'endroit où j'habite, il y a huit salles d'opération et on en utilise peut-être seulement la moitié parce que le personnel de soutien, les infirmiers et infirmières, les anesthésistes et les médecins ne peuvent tout simplement pas travailler tout le temps, et ils n'ont pas le personnel suffisant pour les garder ouvertes. Les files d'attente s'allongent. Avant que vous commenciez à répondre à la question, je rajouterai une de mes préoccupations, si vous me le permettez.

Les gens demandent ce que nous pouvons faire à ce sujet. Je ne sais pas ce qu'ils font à ce sujet parce que s'ils peuvent trouver l'argent, si le système était géré différemment, mais comme je ne suis pas dans le milieu, je ne sais vraiment pas ce qu'il faudrait faire.

Je suis convaincue que vous êtes tous au courant du projet du Dr McGowan de l'hôpital Sunnybrook, où il exploite une clinique privée, les Canadian Radiation Oncology Services. Il se sert de l'équipement de l'hôpital Sunnybrook en oncologie et c'est une exploitation privée. Lorsque l'hôpital ferme son système en raison d'un manque de personnel et que la liste d'attente en radiologie ne cesse d'augmenter, alors on lui permet, en tant qu'exploitant privé, d'utiliser les installations et de raccourcir la liste d'attente. Ce projet semble fonctionner très bien.

Je ne sais pas s'il y a là une possibilité pour nous de faire cela dans une autre situation, mais j'aimerais savoir ce que vous pensez de ce processus ou de cette application des soins de santé privés qui prennent la relève lorsqu'il y a pénurie dans les soins de santé publics. Un peu comme les salles d'opération dont je parlais plus tôt qui ne servent pas parce qu'on n'a pas le personnel ou l'argent. On doit avoir d'abord l'argent pour engager le personnel. Approuveriez-vous quelque chose du genre, un service privé?

**Le Dr Haddad:** Puis-je demander si cette installation a un contrat public. Y'a-t-il sous-traitance...

**Le président:** Oui. Permettez-moi de vous dire en quelques mots comment cela fonctionne. Ils louent tout simplement les installations de l'hôpital Sunnybrook. Tous leurs patients sont des patients couverts par le régime d'assurance-maladie de sorte que même si c'est une clinique privée, ils ne traitent que des patients couverts par le régime d'assurance-maladie et ils reçoivent du RAMO une rémunération au patient. Ils travaillent de 18 h 30 à 22 h 30.

**Le sénateur Robertson:** Ils reçoivent le même montant que s'ils avaient travaillé pendant les heures régulières au service d'oncologie.

**Le Dr Haddad:** Non. Je n'ai vraiment aucun problème à ce sujet parce que dans ce cas-ci, il s'agit de services privés rendus en vertu d'un contrat public, imputables au système de soins de santé public.

**Le sénateur Robertson:** Oui.



**Dr. Haddad:** Let us look at doctors. Doctors are funded from the public purse, but most doctors are private workers.

**Senator Robertson:** That is right.

**Dr. Haddad:** They were working as private entrepreneurs, actually, if I might use the term.

**Senator Robertson:** Yes, indeed.

**Dr. Haddad:** The problem we are having is with the words "private practice." That, we are not in favour of.

**The Chairman:** This is really, I guess, a combination question/comment: In your accountability section in your paper, you talk about the desirability for a renewed partnership — that is your word — among the payers, which is the governments, the providers — yourselves — and the patients. We would strongly agree with that. The question is what does that mechanism look like?

We had a presentation this morning from Dr. Nestman of the School of Health Services Administration at Dalhousie, where he was really looking only at the federal-provincial issues. At the end of his presentation, just as we were adjourning for lunch, we asked him to please think about the question of how we might bring providers and patients into the system. This is simply because one of the dangers with government policymakers designing the system off by themselves is that one does not know how it will actually work, in practice.

Therefore I think we need much creative thinking on the part of many of us as to what that kind of mechanism would look like, recognizing, for example, that ultimate decision-making authority has to rest, in this case, with the people who pay the bills, which is government.

Dr. Nestman and I had a discussion on that particular subject over lunch, which was very helpful. The more the witnesses can be thinking on that subject and have even informal conversations with us, the better, because I think at some point we must move away from saying, "Gee, this is a nice idea," to saying, "Here is a very specific, concrete proposal that has every "i" dotted and "t" crossed so that people can either buy it or not buy it."

You may want to make a general comment, but the more thinking along that line, the better. It will take some quite creative thinking to pull it off. If you, or any of you, can do that, that will be helpful.

**Dr. Wright:** I agree with you in that concept, but something you said earlier was about taking it off in bite-sized pieces. This was my ship analogy. I think what you need to do is to have a larger project that demonstrates this kind of thinking will work, so that people will buy into it. If you have it on a piece of paper and then announce that we are suddenly going to make all the doctors in Nova Scotia or all the nurse practitioners do this, that, and the other, then that might not work so well. One of the concepts that

**Le Dr Haddad:** Regardons ce qui se passe du côté des médecins. Les médecins sont rémunérés par des fonds publics, mais la plupart des médecins sont des travailleurs privés.

**Le sénateur Robertson:** C'est exact.

**Le Dr Haddad:** Ils travaillaient en tant qu'entrepreneurs privés en fait, si je peux utiliser ce terme.

**Le sénateur Robertson:** Oui, en effet.

**Le Dr Haddad:** Le problème que nous avons a trait à l'utilisation des mots «pratique privée». C'est ce que nous n'acceptons pas.

**Le président:** Je suppose que c'est vraiment une question/observation. Dans la partie de votre document qui traite de l'imputabilité, vous parlez d'un partenariat renouvelé, c'est le mot que vous utilisez, entre les intervenants, soit les gouvernements, les prestataires et vous-même, et les patients. Nous sommes entièrement d'accord. La question est: à quoi ressemble ce mécanisme?

Ce matin, le Dr Nestman de l'École d'administration des services de santé de l'Université Dalhousie nous a fait un exposé dans lequel il disait qu'il examinait uniquement les questions fédérales-provinciales. À la fin de son exposé, au moment où nous interrompions nos travaux pour le déjeuner, nous lui avons demandé de bien vouloir réfléchir à la façon que nous pourrions réunir dans le système les fournisseurs et les patients. C'est simplement parce que l'un des dangers avec les décideurs gouvernementaux qui conçoivent le système d'eux-mêmes, c'est qu'il n'y a pas moyen de savoir comment fonctionnera le système, en pratique.

Par conséquent, je pense que nous avons besoin de beaucoup d'imagination créatrice de la part d'un grand nombre d'entre nous quant à ce à quoi pourrait ressembler ce mécanisme compte tenu, par exemple, que l'autorité décisionnelle ultime, dans le présent cas, appartient à ceux qui paient les factures, c'est-à-dire les gouvernements.

Le Dr Nestman et moi avons eu une discussion sur ce sujet particulier pendant le déjeuner, ce qui a été très utile. Plus les témoins peuvent réfléchir à ce sujet et en discuter de façon informelle avec nous, mieux c'est parce que je pense qu'à un moment donné nous devons cesser de dire: «Super, c'est une très bonne idée» et dire: «Voici une proposition très précise, concrète, avec les points sur les «i» et les barres sur les «t» de sorte que les gens peuvent soit l'accepter, soit la rejeter».

Vous voulez peut-être faire une observation générale, mais plus vous approfondissez la réflexion dans ce sens, mieux c'est. Il faudra passablement d'imagination créatrice pour réussir. Si vous ou l'un d'entre vous pouvez le faire, ce sera très utile.

**Le Dr Wright:** Je suis d'accord avec vous pour ce qui est de ce concept, mais vous avez dit plus tôt qu'il fallait le faire par portion réaliste. C'était d'ailleurs mon analogie au navire. Je pense que vous devez avoir un projet plus grand qui démontre que cette forme de réflexion donnera des résultats de sorte que les gens l'accepteront. Si c'est sur une feuille de papier et que vous annoncez tout d'un coup que tous les médecins de la Nouvelle-Écosse ou toutes les infirmières praticiennes vont faire

we are floating from the Medical Society of Nova Scotia is a larger project for primary care. We do not have it all fleshed out yet, but we have suggested to one particular community that they should think about this as a buy-in, with 15 or 20 doctors or more, and look at that from the perspective of a much larger model rather than one physician and one nurse practitioner.

That sort of example would give you access and opportunity to look at the teething problems of the system and refine it before you tried to sell it to everybody else.

**The Chairman:** Right.

**Dr. Wright:** That is the kind of thing that we just floated at our board meeting.

**The Chairman:** Right. The only point I was making, though, was with respect to the policy level, because the policy level, by its very nature, is not done incrementally, at least at the federal level, in the sense that it covers everybody. Thus while I am all in favour of doing incremental things on the tax changes because I think it allows you to progress slowly, from the way in which I interpreted your accountability question, it seems to me that we probably need a bigger pilot project. I understand what you are doing, the one you are talking about.

**Mr. Tholl:** If I may, I have two comments: One, many things are going right at the moment in terms of the Canadian Institute for Health Information, the Canadian Institutes for Health Research. I am thinking here of the new institutes on health services, health policy with Morris Barer and the Population Health Research Unit. These are important elements of future accountability.

The trouble is that there is nobody who can actually look with any detachment at policy effectiveness and evaluating policy change. There are the information folks who can put out information, and descriptive analysis. There is, as I say, the CIHR Institutes that can maybe add to the mix in terms of doing research.

I might say, as well, that some of the federal-provincial advisory committee structures are starting to open up a little bit; just a little crack. I think that is good news. My first point would be that we need to look at some of the progress and how to knit those kinds of things together in a useful sort of way, in a non-threatening way, to those whom you have pointed out. At the end of the day, you need to be able to look the taxpayers and the electors in the eye.

Perhaps the one idea that has received considerable attention from time to time over the years is the idea of a Canadian Health Council. Brookings North. It has been variously described: Surgeon General North, as an Officer of Parliament, maybe not unlike the Privacy Commissioner or the Information Commissioner. By the way, the idea did not come from the CMA; it actually came from the old Canadian Hospital Association, so it has been around for some time.

ceci, cela, et bien d'autres choses, vous pourriez ne pas avoir les résultats que vous espérez. Un des concepts auxquels nous songeons à la Société médicale de la Nouvelle-Écosse est un projet plus vaste de soins primaires. Nous ne l'avons pas encore tout à fait conçu, mais nous avons suggéré à une collectivité d'y songer en tant que projet collectif, avec 15 ou 20 médecins ou plus, et de le considérer du point de vue d'un modèle beaucoup plus large plutôt que de se limiter à un médecin et à une infirmière praticienne.

Un exemple du genre vous donnerait la possibilité d'examiner les problèmes de croissance du système et de le peaufiner avant d'essayer de le faire accepter par qui que ce soit d'autre.

**Le président:** Exact.

**Le Dr Wright:** C'est le genre de projet que nous venons de mentionner à la réunion de notre conseil d'administration.

**Le président:** Bien. Tout ce que je cherchais à souligner, c'était au niveau de la politique, parce qu'à ce niveau, de par sa nature, les choses ne se font pas de façon progressive, du moins en ce qui concerne le gouvernement fédéral, en ce sens qu'il couvre tout le monde. Bien que je sois en faveur de faire les choses de façon progressive en ce qui a trait aux changements fiscaux parce que je crois que cela vous permet de progresser lentement, selon l'interprétation que j'ai donnée à votre question d'imputabilité, il me semble que nous avons probablement besoin d'un projet pilote plus vaste. Je comprends ce que vous faites, de quoi vous parler.

**M. Tholl:** Si vous me permettez, j'aurais deux observations. Tout d'abord, il y a plein de choses qui vont bien à ce moment-ci pour ce qui est de l'Institut canadien d'information sur la santé, des Instituts de recherche en santé du Canada. Je pense plutôt aux nouveaux instituts sur les services de santé, la politique de santé avec Morris Barer et le Service de recherche en santé de la population. Il s'agit là d'éléments importants d'imputabilité à venir.

L'ennui, c'est que personne ne peut en réalité examiner de façon détachée l'efficacité des politiques et évaluer le changement fondamental. Il y a les spécialistes en information qui peuvent donner l'information et faire une analyse descriptive. Il y a aussi, comme je le dis, les instituts des IRSC qui peuvent peut-être s'ajouter pour ce qui est des recherches.

Je pourrais également ajouter que certains comités consultatifs fédéraux-provinciaux commencent à s'ouvrir un peu, juste un tout petit peu. Je pense que ce sont de bonnes nouvelles. D'après moi, nous devons examiner les progrès réalisés et comment tout intégrer de façon utile, non menaçante, à ceux dont vous avez parlé. En fin de compte, vous devez pouvoir regarder les contribuables et les électeurs bien en face.

Peut-être que l'idée qui a reçu beaucoup d'attention au fil des ans est celle d'un conseil canadien de la santé, Brookings North. On l'a décrite de différentes façons: chirurgien général North, en tant que haut fonctionnaire du Parlement, un peu comme le commissaire à la protection de la vie privée ou le commissaire à l'information. En passant, l'idée n'est pas venue de l'AMC, elle est en fait venue de l'ancienne Association des hôpitaux du Canada. Cela fait déjà longtemps qu'elle circule.



Certainly, there are some documents that have been prepared over the years that we could certainly undertake to get to the committee, and we would love to talk to you more about that.

**The Chairman:** Yes. The more details we have, the sooner we can begin to flesh out our report, and that would be helpful. Thank you all for coming. We appreciate your coming down to our neck of the woods. Looking around the table, all but one of us are from the Atlantic region. That is great.

May I ask the next panel to come forward, please?

**Senator Marjory LeBreton** (*Deputy Chairman*) in the Chair.

**The Deputy Chairman:** Senators, our last witnesses for today are Dr. Desmond Leddin, Head, Division of Gastroenterology at Dalhousie University; Dr. George Kephart, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology, Dr. Kenneth Rockwood, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine, and Ryan Sommers from the Cobequid Community Health Board.

Please proceed.

**Dr. George Kephart, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology, Dalhousie University:** The Canadian Health Act implies that Canadians should receive the services that they require. Implicit in this act is the notion that services ought to be allocated on the basis of need.

The purpose of my presentation is threefold: first of all, to document differences in age structure and health status between provincial populations; second of all, to document that the current allocation of federal health care transfers is strictly on a per capita basis and does not take into account differences in age structure and health status between populations. I strongly urge the committee to explicitly recognize this fact in their report and in their recommendations, and urge that the federal government look at ways to more equitably allocate federal health care transfers.

What ought to be some of the guiding principles, in terms of how federal health care transfers are allocated — and that is a different issue than how much do you allocate. However, given what you do allocate, how do you decide how to divvy it up? Two principles ought to be equity and efficiency. On the equity side is the notion of unequal allocation for unequal need. That would be, equity is not necessarily the strictly equal per capita allocation.

Also efficiency, which is closely related. Efficient allocation of resources requires the allocation of resources according to need and potential benefit; in other words, effectiveness. Resources need to be invested where they are most needed. Resources need to be invested in activities that provide the greatest benefits per dollar spent. Resources also need to be invested with some longer

Il y a sûrement des documents qui ont été préparés au fil des ans que vous pourriez certainement faire parvenir au comité, et nous aimerions beaucoup vous en parler.

**Le président:** Oui. Plus nous avons de détails, plus vite nous pouvons commencer à rédiger notre rapport, et ce serait utile. Merci à tous d'être venus. Nous vous savons gré d'être venus dans notre coin de pays. Si je regarde autour de la table, à l'exception d'une personne, nous venons tous de la région de l'Atlantique. C'est superbe.

Pourrais-je demander à notre prochain groupe de témoins de s'avancer?

**Le sénateur Marjory LeBreton** (*vice-présidente*) occupe le fauteuil.

**La vice-présidente:** Honorables sénateurs, notre dernier groupe de témoins de la journée se compose du Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie, de l'Université Dalhousie, du Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, département de santé communautaire et de l'épidémiologie, du Dr Kenneth Rockwood, faculté de médecine, Division de la gériatrie, et de Ryan Sommers, du conseil de santé communautaire de Cobequid.

Vous avez la parole.

**Le Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie, Université Dalhousie:** La Loi canadienne sur la santé stipule que les Canadiens devraient recevoir les services dont ils ont besoin. Il est donc implicite d'après cette loi que les services devraient être donnés en fonction du besoin.

L'objet de mon exposé est triple: tout d'abord, documenter les différences au niveau de l'état de santé et de la structure par âge des populations provinciales; ensuite, attester que l'actuelle attribution des transferts fédéraux au titre des soins de santé se fait uniquement en fonction du nombre d'habitants et ne tient pas compte des différences dans l'état de santé et la structure par âge des populations. J'exhorte le comité à reconnaître explicitement ce fait dans son rapport et dans ses recommandations, et j'exhorte le gouvernement fédéral à chercher des façons d'attribuer plus équitablement les transferts fédéraux au titre des soins de santé.

Quels devraient être les principes directeurs pour ce qui est de l'attribution des transferts fédéraux au titre des soins de santé — et c'est une question différente de savoir quel montant vous attribuez? Cependant, compte tenu du montant que vous attribuez, comment décidez-vous de la façon de le faire? Deux principes devraient s'imposer: l'équité et l'efficacité. Pour ce qui est de l'équité, c'est la notion d'une attribution inégale pour un besoin inégal. Autrement dit, l'équité n'est pas nécessairement l'attribution strictement égale par habitant.

De plus, il y a l'efficacité qui y est étroitement reliée. Une répartition efficiente des ressources exige que ces dernières soient réparties en fonction des besoins et de l'avantage éventuel; en d'autres mots, l'efficacité. Les ressources doivent être investies là où on en a le plus grand besoin. Les ressources doivent être investies dans les activités qui procurent les plus importants

term goals: obviously, to efficiently and effectively manage and treat current health problems in the population; improve the health status of the population and improve efficiency and effectiveness of the health care system.

Currently, in Canada, of the two major federal transfers that are directly for health care, or at least are closely related, are obviously, first, the CHST, or the Canadian Health and Social Transfer program. The CHST is now being allocated on a strict per capita basis, as determined only by the size of the population. Interestingly, at the time that the CHST was implemented, historical caps that were in the previous programs were carried forward, so that some provinces did not receive equal per capita money. Ontario, for example, received less money per capita initially with the CHST. In recent budgets, the federal government has moved to make that allocation strictly per capita. There has been quite a big deal about it in federal budget documents.

Equalization payments are allocated to poorer provinces, but it is important to keep in mind that equalization payments are designed to overcome the difference in the revenue-generating capacity of provinces. In other words, poorer provinces have lower average incomes and generate lower per capita revenues through the tax system. Equalization is designed to offset that.

However, with the current equalization formulas, even after equalization the wealthiest provinces still generate more money per capita at the same effective tax rate. In other words, even after equalization there are still differences in the revenue-generating capacity of provinces. The program does not generate higher revenue-generating capacity for the poorer provinces.

How do the provinces compare in their need for health care services? We released a report last September entitled "Federal Funding for Health Care: Are Provinces Getting Their Fair Share?" A copy of this report has been distributed to the committee. Not surprisingly, it is consistent with many previous studies and documents. This report shows that there are quite substantial differences in health status between the provinces. Some provinces, such as Nova Scotia, demonstrated across a whole range of indicators lower health status. In fact, Nova Scotia was in the top three. Other high need provinces, for example, are Saskatchewan and Manitoba, also show up as being very high, primarily because they have old age distributions. Other provinces, such as Alberta, show up as consistently high, for example, on a variety of different indicators in need.

How much difference in need does this translate into? We developed a series of models, some from the National Population Health Survey. We also took models that are currently used for resource allocation in the United Kingdom and adapted those for Canada. Thus we came up with a variety of comparative models,

avantages par dollar dépensé. Les ressources doivent également être investies en fonction d'objectifs à plus long terme: de toute évidence, gérer de façon efficace et efficiente et régler les problèmes de santé actuels dans la population; améliorer l'état de santé de la population et améliorer l'efficacité et l'efficience du système de soins de santé.

À l'heure actuelle, au Canada, il y a deux importants transferts fédéraux qui sont directement liés aux soins de santé, ou du moins qui y sont étroitement liés, à savoir tout d'abord le TCSPS, ou le transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux. Le TCSPS est pour l'instant attribué uniquement en fonction du nombre d'habitants, selon la taille de la population. Fait intéressant, au moment où le TCSPS a été mis en oeuvre, les plafonds historiques des programmes antérieurs ont été reportés, de sorte que certaines provinces n'ont pas reçu les transferts correspondants à leur population. Par exemple, l'Ontario a reçu moins d'argent par habitant au début dans le cas du TCSPS. Dans les budgets récents, le gouvernement fédéral a entrepris de faire de ce transfert une affectation uniquement par habitant. On en a fait tout un plat dans les documents du budget fédéral.

Des paiements de péréquation sont versés aux provinces plus pauvres, mais il importe de se rappeler que les paiements de péréquation sont conçus pour combler la différence dans la capacité fiscale des provinces. Autrement dit, les provinces ont des recettes moyennes inférieures et génèrent des recettes par habitant inférieures en vertu du système fiscal. La péréquation vient compenser cela.

Cependant, en vertu des actuelles formules de péréquation, même après péréquation, les provinces les plus riches continuent de générer plus de recettes par habitant au même taux d'impôt réel. Autrement dit, même après la péréquation, il y a encore des différences dans la capacité fiscale des provinces. Le programme n'engendre pas une capacité fiscale plus élevée dans les provinces plus pauvres.

Comment se comparent les provinces pour ce qui est de leurs besoins en services de soins de santé? Nous avons publié un rapport en septembre dernier intitulé «Federal Funding for Health Care: Are Provinces Getting their Faire Share?» Nous avons distribué un exemplaire du rapport aux membres du comité. Il n'est pas surprenant de constater qu'il ne correspond pas aux nombreuses études et nombreux documents antérieurs. Ce rapport indique qu'il y a des différences importantes dans l'état de santé entre les provinces. Certaines provinces, notamment la Nouvelle-Écosse, affichaient pour un large éventail d'indicateurs un état de santé plus faible. En fait, la Nouvelle-Écosse se trouvait dans les trois premières provinces. D'autres provinces qui ont des besoins élevés, par exemple la Saskatchewan et le Manitoba, viennent aussi en tête de liste en raison de la répartition des personnes âgées dans ces provinces. D'autres provinces, comme l'Alberta, occupent constamment un rang élevé, par exemple, pour un éventail d'indicateurs différents de besoins.

Quelle est la différence au niveau des besoins? Nous avons élaboré une série de modèles, dont certains sont tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Nous avons également pris des modèles actuellement utilisés pour l'attribution des ressources au Royaume-Uni, et que nous avons adaptés au Canada. Nous



What these models clearly show is that high need provinces can have a ten to fifteen per cent higher per capita need for health care services, such as GP physician services and hospital services, as the Canadian average, while the lowest need provinces have five to ten per cent lower per capita need for health care services. This is really quite a dramatic difference in per capita need. Although we do not recommend any specific model, what this report does clearly show is that a variety of models yield fairly similar conclusions: that there are quite substantial differences in per capita need between provinces.

What, then, are the implications of the current system? If higher levels of need are met in a consistent pattern across the country, then high need provinces would need to be spending more per capita in their own provinces on health care, and that is not the case. We do not see that need as being correlated with per capita expenditures, even if you consider adjustments for things like wage levels. Moreover, high need provinces are multiply disadvantaged.

The CHST also transfers money for education and community services. When you think about it, the higher need provinces also tend to be poor. They end up with lower revenue-generating capacity, even after equalization. Migration also disadvantages them. For example, in the Atlantic provinces, a common migration pattern is out-migration of young adults at the prime of their working age that then really enhances the revenue-generating capacity of the wealthier provinces. There is then return migration in the older ages. Thus a lot of our older age distribution in a province such as Nova Scotia is generated by the out-migration of our young working population to provinces such as Ontario and Alberta, who then return in migration in their retirement years.

In addition, poor provinces also have higher per capita need for social services. Again, the CHST still transfers equal per capita money for social services through the CHST.

Obviously, ultimately, the solution here is bigger than how much money you allocate. The issue is addressing the inequities and health status in the first place. Ultimately, the key need is to improve the health status of populations of the less healthy provinces.

Just to give you some illustration of the quandary, both Nova Scotia and Alberta spend about the same amount of money per capita on health care. However, because of differences in the relative size of the provincial gross domestic product, Nova Scotia has to devote 11.5 per cent of its GDP to health care in order to maintain the same level of spending per capita. Mind you, Nova Scotia has a substantially higher need. Yet Alberta only needs to devote about 6.9 per cent of its provincial GDP to health care.

avons ainsi obtenu plusieurs modèles comparatifs. Ces modèles nous indiquent clairement que les provinces qui ont des besoins élevés peuvent avoir un besoin par habitant de 10 à 15 p. 100 supérieur en ce qui concerne les services de soins de santé, comme des services hospitaliers et des services de médecins omnipraticiens, à la moyenne canadienne, tandis que les provinces qui ont le moins de besoins ont un besoin par habitant de 5 à 10 p. 100 inférieur pour ce qui est des services de soins de santé. Par habitant, cela donne une différence assez radicale. Bien que nous ne recommandions pas un modèle précis, notre rapport indique clairement que divers modèles donnent lieu à des conclusions passablement semblables: qu'il y a des écarts importants dans le besoin par habitant entre les provinces.

Quelles sont alors les répercussions du système actuel? Si on répond de façon uniforme aux besoins plus élevés d'un bout à l'autre du pays, alors les provinces qui ont les besoins les plus élevés devront dépenser davantage par habitant dans leur province pour les soins de santé, et ce n'est pas le cas. Ce besoin n'est pas corrélé aux dépenses par habitant, même si vous tenez compte des rajustements pour des aspects comme les niveaux de salaire. En outre, les provinces qui ont des besoins élevés sont défavorisées à de nombreux égards.

Le TCSPS comprend également des transferts d'argent pour les services communautaires et l'éducation. Lorsque vous y pensez bien, les provinces qui ont des besoins élevés ont également tendance à être pauvres. Elles finissent par avoir une capacité fiscale moindre, même après la péréquation. La migration les désavantage également. Par exemple, dans les provinces de l'Atlantique, on constate une migration de sortie des jeunes adultes d'âge actif qui vient réellement améliorer la capacité fiscale des provinces plus riches. Il y a ensuite la migration de retour à un âge plus avancé. Donc, une bonne partie de la répartition de nos personnes âgées dans une province comme la Nouvelle-Écosse provient de la migration de sortie des jeunes membres de notre population active vers des provinces comme l'Ontario et l'Alberta, qui reviennent ensuite et qui constituent la migration d'entrée au moment de leur retraite.

En outre, les provinces pauvres ont également un besoin par habitant plus élevé au titre des services sociaux. Encore une fois, les transferts du TCSPS sont les mêmes par habitant au titre des services sociaux.

De toute évidence, en bout de ligne, la solution est beaucoup plus que la somme d'argent qui est allouée. Il faut d'abord et avant tout régler les questions d'iniquité et d'état de santé. En bout de ligne, le grand besoin est d'améliorer l'état de santé des populations des provinces les moins en santé.

Uniquement pour illustrer la difficulté, la Nouvelle-Écosse et l'Alberta consacrent le même montant d'argent par habitant aux soins de santé. Cependant, en raison des différences dans la taille relative du produit intérieur brut provincial, la Nouvelle-Écosse doit consacrer 11,5 p. 100 de son PIB aux soins de santé pour maintenir le même niveau de dépenses par habitant. Inutile de vous le dire, la Nouvelle-Écosse a un besoin beaucoup plus élevé. Pourtant, l'Alberta ne consacre que 6,9 p. 100 de son PIB

Nova Scotia is continuing to run deficits and has a very high per capita debt, so that is layered on top of it.

The current system is one that may be a bit of a slippery slope, where provinces such as Nova Scotia are increasingly challenged to maintain a level of health care spending. If you look at Nova Scotia's provincial budget, what you see is that health care spending is eating up a larger and larger piece of the pie, so the percentage of total provincial expenditures that are going to health is getting larger and larger; in fact, much faster than is true for Canada as a whole, and detracting expenditures on things such as education, highways, roads, and things that we know may be important in terms of affecting the determinants of health. It is also limiting the ability of poorer provinces to invest in the future to improve efficiency, things such as information systems, for example. That, then, is difficult as well.

We are concerned from this report that this is an issue that needs to be really addressed. Interestingly, it has not received much attention in Canada. In fact, as far as I know, our report is the first report to really raise this issue around federal health care transfers. That is somewhat surprising because many countries are using needs-based resource allocation formulas to determine how they allocate money to regions.

For instance, the United Kingdom has long developed resource allocation models. A number of the Scandinavian countries use resource allocation models. Australia and New Zealand use resource allocation models. Interestingly, most Canadian provinces now use resource allocation models internally. Alberta, for example, has a very sophisticated needs-based resource allocation model that they use to allocate money between regions. Ontario is using models for some types of services. Saskatchewan has models in place to allocate resources on the basis of need. Yet, this is something that has received remarkably little attention within Canada. I would really like to urge the committee to take a serious look at this issue and consider recognizing it in the section that deals with federal health care transfers.

**The Deputy Chairman:** This morning, Mr. Robert Cook from the Nova Scotia Association of Health Organizations had some very interesting graphs that showed young people leaving and then, between the ages of fifty-five and sixty, coming back. That supported what you have just reported.

**Dr. Kenneth Rockwood, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine, Dalhousie University:** Senators, I want to make two points: One is about the aging of the population and its need for health care; the second is about our need to better understand this and to not have that happen in a haphazard way.

provincial aux soins de santé. La Nouvelle-Écosse continue d'avoir des déficits et sa dette par habitant qui est très élevée vient s'ajouter à tout cela.

Le système actuel est en quelque sorte une pente glissante où des provinces comme la Nouvelle-Écosse doivent de plus en plus maintenir un niveau de dépenses pour les soins de santé. Si vous prenez le budget de la Nouvelle-Écosse, vous constatez que les dépenses pour les soins de santé en occupent une partie de plus en plus importante de sorte que le pourcentage des dépenses totales de la province affectées à la santé ne cesse d'augmenter; en fait, il augmente beaucoup plus rapidement que pour l'ensemble du Canada et il détourne des fonds qui seraient normalement consacrés à l'éducation, aux routes, aux autoroutes et aux choses qui pourraient avoir une incidence importante sur les déterminants de la santé. Le système actuel limite également la capacité des provinces plus pauvres d'investir dans l'avenir pour améliorer l'efficacité, dans des choses comme des systèmes d'information, par exemple. Cet aspect-là est également difficile.

Ce qui se dégage de ce rapport, c'est qu'il s'agit d'un problème qu'il faut absolument régler. Fait intéressant, on n'y a pas prêté beaucoup d'attention au Canada. En fait, que je sache, notre rapport est le premier à vraiment soulever cette question en ce qui concerne les transferts fédéraux au titre des soins de santé. C'est d'ailleurs surprenant car de nombreux pays ont recours à des formules d'attribution des ressources en fonction des besoins pour déterminer la façon d'attribuer l'argent aux régions.

Par exemple, le Royaume-Uni a mis au point depuis longtemps des modèles d'affectation des ressources. Plusieurs pays scandinaves utilisent également des modèles d'affectation des ressources. L'Australie et la Nouvelle-Zélande ont recours à de tels modèles. Fait intéressant, la plupart des provinces canadiennes utilisent maintenant à l'intérieur des modèles d'affectation des ressources. L'Alberta, par exemple, a un modèle très avancé d'affectation des ressources fondé sur les besoins qu'elle utilise pour répartir l'argent entre les régions. L'Ontario utilise des modèles pour certains types de services. La Saskatchewan a mis en place des modèles pour affecter les ressources en fonction du besoin. Pourtant, c'est un aspect dont on ne s'est pas beaucoup préoccupé au Canada. J'incite vraiment le comité à examiner de façon sérieuse cette question et à envisager de le reconnaître dans la section qui traite des transferts fédéraux au titre des soins de santé.

**La vice-présidente:** Ce matin, M. Robert Cook de l'Association des organisations de santé de la Nouvelle-Écosse a présenté des graphiques très intéressants qui indiquaient que les jeunes quittaient la province et qu'ensuite, entre l'âge de 55 et de 60 ans, ils revenaient. Ces données viennent corroborer ce que vous venez de nous dire.

**Le Dr Kenneth Rockwood, Faculté de médecine, Division de la médecine gériatrique, Université Dalhousie:** Honorables sénateurs, je veux aborder deux points: un premier porte sur le vieillissement de la population et ses besoins en soins de santé; le deuxième a trait à la nécessité de mieux comprendre ce phénomène et à veiller à ce que cela ne se fasse pas de façon désordonnée.



The first point is this: you have probably heard conflicting views about what the impact of the aging of the population will be. There is a group people which takes as an article of faith that the more old people you have, the higher the health care expenditures will be. There are others who come along and say, "No, no, no." If we take into account other things such as drug costs and the way in which new technology is employed, then this seems to account for all of the growth in the expenditure within the population, and aging contributes a small proportion of that.

Both points of view often have an ideology behind them. Each of them ignores a central fact, which is evident to anyone who walks into a hospital, and it is this: There are two types of people from a health care standpoint. There are old people who have one thing wrong and there are old people who have many things wrong. Old people who have one thing wrong, if they have one thing wrong at once, are very well served by the current system of health care, and we can be extremely proud of what goes on with them in their doctor's offices and in the acute care hospitals. However, old people who have more than one thing wrong, particularly if they have more than one thing wrong at once, they do very badly. Our current system has no way to accommodate those folks. We do not think about them in the right way. We have not organized a system of caring in the right way. A lot of the low morale and dysphoria and poor mood that people feel comes not from caring for people with one thing wrong, for whom we are prepared to go to the ends of the earth. Organ transplantation is known to be the treatment of choice for certain problems. People do that even though the effectiveness is certainly not guaranteed, and they take pride in it. But there is often a sense of complete frustration when they are dealing with people who have many things wrong at once.

It turns out that there are systematic and effective ways to care for people who have many things wrong at once. They are the people whom we can conceive of as the frail elderly. If we think for a moment about what makes a person frail, we can get some insight into the sorts of systems that we need to care for them. People are frail when they have a complex interaction of multiple medical and social problems. People are well when they do not have that. Frail old people have certain characteristics. When they become acutely ill, they never have just one thing wrong. When you attempt to intervene with their acute illness, you cannot just do one thing at once.

One of the ways in which their condition of having more than one thing wrong at once manifests itself is that their function becomes impaired. Occasionally, we come across people who cannot walk very fast because of a single problem — a hip joint, or perhaps a stroke, or a bad foot. Most old people who cannot walk very well have many things wrong at once. When we apply the one-thing-wrong-at-once approach to them, we do them very badly. We give rise to all sorts of horror stories, like people going in to have a knee replaced and never walking again, not because the knee surgery did not work — it worked perfectly well, but

Le premier point est le suivant: vous avez probablement entendu des points de vue contradictoires sur l'incidence du vieillissement de la population. Il y a des gens qui croient comme une parole d'évangile que plus vous avez de personnes âgées, plus vos coûts pour les soins de santé seront élevés. Il y en a d'autres par contre qui disent, «absolument pas». Si nous tenons compte d'autres aspects comme le coût des médicaments et la façon dont on utilise la nouvelle technologie, ce sont ces aspects qui semblent représenter toute la croissance des dépenses dans la population, et le vieillissement ne contribue que pour une petite portion.

Souvent, ces deux points de vue reposent sur une idéologie. Chacun ignore un fait central, qui est évident pour quiconque se promène dans un hôpital, et c'est le suivant: il existe deux types de personnes du point de vue des soins de santé. Il y a les personnes âgées qui n'ont qu'un problème, et il y a les personnes âgées qui en ont plusieurs. Celles qui n'en ont qu'un, si c'est un seul à la fois, sont passablement bien servies par l'actuel système de soins de santé, et nous pouvons être extrêmement fiers de ce qui se passe dans leurs cas dans le cabinet du médecin et dans les hôpitaux de soins de courte durée. Cependant, les personnes âgées qui ont plusieurs problèmes, en particulier si c'est plusieurs en même temps, n'ont vraiment pas de chance. Notre système actuel ne peut pas les desservir. Nous ne pensons pas à elles de la bonne façon. Nous n'avons pas organisé un système de prestation de soins de la bonne façon. Une grande partie du manque de moral et de la dysphorie que les gens ressentent ne vient pas des soins prodigués aux personnes qui ont un seul problème, pour qui nous sommes prêts à aller jusqu'aux confins de la terre. On sait que la transplantation est le traitement de choix pour certains problèmes. Les gens y ont recours même si l'efficacité n'est pas garantie, et ils s'en enorgueillissent. Mais il y a souvent un sentiment de frustration totale face aux personnes qui ont plusieurs problèmes en même temps.

Il se trouve qu'il y a des façons systématiques et efficaces de prodiguer des soins aux personnes qui ont plusieurs problèmes en même temps. Ce sont les personnes âgées fragiles. Si nous nous attardons à songer à ce qui rend une personne frêle, nous pouvons nous faire une idée des systèmes dont nous avons besoin pour prendre soin de ces gens. Les personnes sont fragiles quand elles ont une interaction complexe de problèmes médicaux et sociaux multiples. Les gens sont bien lorsqu'ils n'ont pas ce problème. Les personnes âgées fragiles ont certaines caractéristiques. Lorsqu'elles deviennent malades de façon aiguë, elles n'ont jamais un seul problème. Lorsque vous essayez d'intervenir avec leur maladie aiguë, vous ne pouvez pas faire seulement une chose à la fois.

Pour ce qui est des personnes qui ont plusieurs problèmes à la fois, une des façons dont leur condition se manifeste, c'est une altération de leur fonction. À l'occasion, nous rencontrons des gens qui ne peuvent pas marcher très rapidement en raison d'un seul problème — une articulation de la hanche, ou peut-être un accident cérébrovasculaire, ou un pied en mauvais état. La plupart des personnes âgées qui ne peuvent marcher très bien ont plusieurs problèmes à la fois. Lorsque nous adaptons l'approche d'un seul problème à la fois pour ces personnes, nous ne les aidons pas du tout. Nous provoquons toutes sortes d'histoires

because things happened when they were in there to their brain, or their hip, or to the other knee, which were never taken into account.

When, in the medical profession, we deal with patients who do not do well, our tendency sometimes is to think carefully and shamefully about ways in which we have failed them. But very often we do not. We think of ways to blame them. That is what you will hear in the hospitals these days, a number of denigrating terms that are used. That is probably the most systematic, reproducible response that we will find.

I am a geriatrician and my colleagues and I across Canada have devoted ourselves to thinking about, and effectively caring for, frail old people who are well. I always say, I do not care about well elderly people, even when they are sick, except in some non-specific way. It is when people have multiple interacting problems, that is the important thing. To do that, though, requires that we practice in a particular way in which we have to take into account that there are people with more than one type of expertise. We have to have them in a team, and we have to make the team work towards an effective series of goals. All of these things are against the traditional disease model approach, even though our view would be that anyone can look after a patient that has only one thing wrong at once. It is when they have five things wrong at once that it becomes interesting, and fun.

Our profession is not viewed as a high status sub-specialty. Even though we see the tremendous challenge that goes with that, there is a constant need for advocacy just to maintain our place within our peer group. The way in which our sub-specialty is viewed, for example, as you will hear from the brief from the Canadian Geriatric Society, is that across Canada right now there are only two trainees in the sub-specialty training programs in geriatric medicine. We feel that we need about forty in order to meet a now obsolete goal of 1.25 geriatricians per 100,000 population, which would be about one fourth of what many of the OECD countries have.

We have seen that that particular way of viewing things is not working. It is giving rise to dysphoria. We are getting incomplete analyses of what the problem is. People are not addressing what is, from our standpoint, the elephant in the room. Therefore when it comes time for you to report, I hope that you will take into account the dramatic needs of people who are frail, and old, and ill, and the ways in which they are underserved presently. That is my first point.

My second point is that it is a tremendous intellectual challenge to think about how to do this properly. The work that is done in this area is multi-disciplinary and needs many points of view. Historically, we have not funded medical research to take that stance into account. We are thrilled that the new CIHR has, as one

d'horreurs, comme des personnes admises pour se faire remplacer un genou et qui ne peuvent plus marcher par la suite, non pas que la chirurgie a été un échec — elle a été une parfaite réussite, mais parce que des choses leur sont arrivées pendant ce moment-là au cerveau, ou à la hanche, ou à l'autre genou, et dont on n'avait jamais tenu compte.

Dans la profession médicale, lorsque nous avons des patients qui ne vont pas bien, nous avons parfois tendance à penser à ce que nous avons fait ou n'avons pas fait pour les aider. Mais bien souvent, nous ne le faisons pas. Nous pensons à des façons de leur faire porter le blâme. C'est ce que vous allez entendre dans les hôpitaux de nos jours, beaucoup de dénigrement. C'est probablement la réponse la plus systématique que nous entendrons.

Je suis un gériatre et mes collègues et moi de partout au Canada consacrons notre temps à penser aux personnes âgées frêles qui sont bien, et à prendre soin d'elles. Je dis toujours que je ne m'occupe pas de personnes âgées en santé, même lorsqu'elles sont malades, sauf d'une façon non précise. C'est lorsque les personnes ont plusieurs problèmes qui interagissent, c'est ça l'important. Pour cela, il faut que nous pratiquions d'une façon particulière, qui nous permette de tenir compte du fait qu'il y a des personnes qui ont plus d'un type d'expertises. Ces personnes doivent faire partie de l'équipe et l'équipe doit travailler à atteindre une série d'objectifs. Toutes ces choses vont à l'encontre du modèle traditionnel des maladies, même si notre avis est que n'importe qui peut s'occuper d'un patient s'il n'a qu'un problème à la fois. C'est lorsqu'ils en ont cinq à la fois que cela devient intéressant, et agréable.

On ne considère pas notre profession comme une sous-spécialité de haut niveau. Même si nous voyons l'énorme défi qui l'accompagne, nous devons continuellement intervenir uniquement pour maintenir notre place parmi nos pairs. Vous voulez savoir comment on perçoit notre sous-spécialité? Comme vous l'entendrez lorsque la Société canadienne de gériatrie présentera son mémoire, c'est que d'un bout à l'autre du Canada à l'heure actuelle il n'y a que deux stagiaires inscrits au programme de formation en gériatrie. Nous estimons que nous en avons besoin d'environ 40 pour satisfaire à l'objectif maintenant désuet de 1.25 gériatre par tranche de 100 000 de population, ce qui correspondrait à environ le quart de ce que l'on retrouve dans un grand nombre des pays de l'OCDE.

Nous avons vu que cette façon particulière de considérer les choses ne fonctionne pas. Elle donne lieu à la dysphorie. Nous obtenons des analyses incomplètes du problème. Les gens n'examinent pas ce qui, de notre point de vue, est l'éléphant dans la pièce. Par conséquent, lorsque viendra le temps pour vous de présenter votre rapport, j'espère que vous tiendrez compte des besoins incroyables des personnes frêles, âgées, malades et la façon qu'elles sont mal desservies à l'heure actuelle. C'était mon premier point.

Mon deuxième a trait à l'immense défi intellectuel que représente le fait de penser à la façon de bien le faire. Le travail qui se fait dans ce domaine est multidisciplinaire et a besoin de nombreux points de vue. Sur le plan historique, nous n'avons pas financé la recherche médicale pour tenir compte de ce point de



of its central foci, multi-disciplinary work. However, we think that a lot of work needs to be done before that can be understood in a routine way and funded well. We need to know more and we need to fund the research by which we can know more and better. That is my second point.

**Dr. Desmond Leddin, Head, Division of Gastroenterology, Dalhousie University:** Senators, I would like to congratulate you on the report as it is so far. It is, from my perspective, a very accurate representation of what is going on. Secondly, I would like to congratulate you on your stamina in listening to what you have gone through today and many other days. It must be quite gruesome.

The filters that I bring to this, if I might, are perhaps a little bit odd. I grew up in a two-tier health care system in the west of Ireland. I worked in primary care in a rural part of Ireland before training in Canada and becoming a specialist in gastroenterology. I now have a responsibility for the largest techno-group. I would think, in the Atlantic provinces and will also be representing the Canadian Association of Gastroenterology in a couple of years, which association represents about 500 gastroenterologists from coast to coast, and they are notoriously a technically-oriented group.

I am a salaried physician. The areas of expertise that I am interested in are the relationship between family doctors and specialists. Particularly, I am developing different models of how we can do business with extended role nurses, technology, and other things. If I might, very briefly, just give you an overview of what I think is going on, and then perhaps very quickly I will make a few comments on each section of the report under "Issues and Options."

For me, this is, and continues to be, the best health care system in the world. It is certainly by far the most ethical, and it is a remarkable experience to work in it. There are many strengths, including the quality of the students who go into medical schools, and there continues to be a uniformly high standard and an absolutely superb post-graduate training structure that has been put in place by the Royal College of Physicians in Ottawa, which really is, I think, a world leader in the area. It is all very impressive.

The weaknesses you have outlined in your report — I think you got them all, including the lack of patient responsibility, the fact that physicians work in silos with as little communication between specialists and special care groups as we can possibly arrange, a very narrow perspective on what is going on and an extraordinary data lack. In other words, we have absolutely no idea what the effect of this ninety billion-plus a year system is in terms of real outcomes. Lots of opportunities and my bias from the interactions which I have had with the primary care group is that a fee-for-service system for primary care, as we go into what we are facing, will just not work. We need something quite different. I

vue. Nous nous réjouissons que les nouveaux IRSC ont pour un de leurs points d'intervention le travail multidisciplinaire. Cependant, nous pensons qu'il y a beaucoup de travail à faire avant que cela puisse être compris de façon courante et bien financé. Nous devons en savoir davantage et nous devons financer la recherche qui nous permettra d'en savoir plus. C'était mon deuxième point.

**Le Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie, université Dalhousie:** Honorables sénateurs, je tiens à vous féliciter pour votre rapport jusqu'à maintenant. De mon point de vue, il est très représentatif de la situation. Je tiens aussi à vous féliciter de votre patience pour écouter tous ces témoignages aujourd'hui comme de nombreux autres jours. Cela doit être passablement éprouvant.

Les filtres que j'apporte sur le sujet, si je peux m'exprimer ainsi, sont peut-être un peu bizarres. J'ai grandi dans un système de soins de santé à deux vitesses dans l'ouest de l'Irlande. J'ai travaillé dans les soins primaires dans un secteur rural de l'Irlande avant de suivre une formation au Canada et de me spécialiser en gastro-entérologie. J'ai maintenant la responsabilité du plus important groupe technique, je pense, des provinces de l'Atlantique et je représenterai également l'Association canadienne de gastro-entérologie dans quelques années, association qui représente environ 500 gastro-entérologues d'un océan à l'autre, et tout le monde sait qu'il s'agit d'un groupe axé sur la technologie.

Je suis un médecin salarié. Le domaine d'expertise qui m'intéressent est la relation entre les médecins de famille et les spécialistes. Plus particulièrement, je mets au point différents modèles pour nous permettre d'interagir avec des infirmiers et infirmières aux rôles étendus, avec la technologie, et bien d'autres choses. Si vous me le permettez, je vais vous donner en quelques mots un aperçu de ce que je pense être la situation, et peut-être très rapidement faire quelques observations sur chaque section du rapport «Questions et options».

Pour moi, notre système de soins de santé est et continue d'être le meilleur au monde. Il est de loin le plus éthique, et c'est une expérience remarquable que d'en faire partie. Il y a de nombreux points forts, notamment la qualité des étudiants admis dans les écoles de médecine, et on continue d'avoir une norme uniformément élevée et une structure de formation universitaire de deuxième cycle absolument superbe qui a été mise en place par le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada à Ottawa qui est, d'après moi, un véritable chef de file dans le domaine. C'est très impressionnant.

Les points faibles que vous avez soulignés dans votre rapport — je pense que vous les avez tous signalés, y compris l'absence de responsabilité des patients, le fait que les médecins travaillent de façon cloisonnée avec le moins de communication possible entre les spécialistes et les groupes de soins spéciaux, une perspective très étroite de ce qui se passe et un manque extraordinaire de données. Autrement dit, nous n'avons absolument aucune idée des résultats de ce système de 90 milliards de dollars et plus par année. Une foule d'occasions et ma partialité découlant des interactions que j'ai eues avec le groupe des soins primaires est qu'une rémunération à l'acte pour

would certainly be open to consideration of a variety of different models, but processing patients on a number per hour for fiscal reasons will not be the way that we can do business.

If we go to some form of capitation system, it is very important to define work volumes. We were able to do that. Strangely enough, even though we were on this side of the Atlantic, we came up with precisely the same work volume with regard to gastroenterologists as the Royal College in London published a year ago.

I like incentives, as opposed to disincentives. If we want primary care physicians to vaccinate everyone, for example, I think we should pay them an incentive at the end of the year for reaching targets. In alternative models, there are tremendous opportunities. We have two extended role nurses, very highly trained individuals, working with us: one in hepatitis and the other in inflammatory bowel disease, and our experience has been very good. We look forward to extending that.

With regard to the specifics of "Issues and Options" — coming as I do from the very town about which *Angela's Ashes* was written, my bias is that that book should be mandatory reading for all medical students. I strongly believe in this health care system, but I recognize the realities, and certainly I recognize what our patients say to us. As one of them said, if you cannot provide it, let me buy it. I do not want that to happen, but I think it is unethical to be a monopoly and not provide timely access to services.

My comments on taxation, I suspect, are similar to many. With regard to "Issues and Options" for research, Dr. Rockwood is the expert in the area. One of the questions that you asked in the report is where the money should be spent. I would reply: What is the core business of the Canadian health care system? If someone can tell me that, I would be happy to make suggestions about where the money should go. My bias would be measuring outcomes.

With regard to infrastructure, your report is right on target. One word of caution: We piloted a project with respect to primary care in which we gave the family doctors access over the net to the consultants at the QE II Hospital in GI, and it was a spectacular failure. Even though our waiting lists are hitting twelve months, they do not want information from us. They want to send the patient into the system to be treated elsewhere. We have had almost no business. As result of that, we have gone back one step, before the family doctor, and set it up for the patients. Once we have worked it out, it looks as though that might be very successful and highly used.

les soins primaires, en ce moment ne fonctionnera tout simplement pas. Nous avons besoin de quelque chose de passablement différent. Je serais tout à fait ouvert à envisager un éventail de différents modèles, mais traiter tant de patients à l'heure pour des motifs fiscaux ne sera certainement pas notre façon de faire.

Si nous adoptons une certaine forme de capitation, il est très important de définir les charges de travail. Nous pouvons le faire. Fait plutôt étrange, alors même que nous étions de ce côté-ci de l'Atlantique, nous en sommes venus à exactement la même charge de travail dans le cas des gastro-entérologues que le Royal College de Londres, qui a publié ses données il y a un an.

J'aime les incitatifs, par opposition aux éléments dissuasifs. Si nous voulons que les médecins en soins primaires vaccinent tout le monde, par exemple, je pense que nous devrions leur verser un incitatif à la fin de l'année pour avoir atteint les objectifs. Dans d'autres modèles, il y a des occasions incroyables. Il y a deux infirmières aux rôles élargis, deux personnes très spécialisées, qui travaillent avec nous: une est spécialisée en hépatite, et l'autre dans les maladies intestinales inflammatoires, et notre expérience a été excellente. Nous avons hâte de l'étendre.

Pour ce qui est des détails du rapport «Questions et options» — puisque je viens de la ville même où a été rédigé *Angela's Ashes*, ma partialité me fait dire que ce livre devrait être une lecture obligatoire pour tous les étudiants en médecine. Je crois fermement en notre système de soins de santé, mais je reconnais les réalités, et je reconnais très certainement ce que nous disent nos patients. Comme m'a dit l'un d'eux, si vous ne pouvez pas le fournir, laissez-moi l'acheter. Je ne veux pas que cela se produise, mais je pense qu'il n'est pas éthique d'avoir un monopole et de ne pas donner un accès opportun aux services.

Mes observations au sujet de l'imposition sont, je suppose, semblables à celles de nombreux autres témoins. En ce qui concerne la partie de «Questions et options» qui porte sur la recherche, le Dr Rockwood est le spécialiste en la matière. Une des questions dans le rapport est de déterminer où devrait aller l'argent. Je vous répondrais: quelle est la raison d'être du système canadien de soins de santé? Si quelqu'un peut me le dire, je serais heureux de faire des suggestions quant à ce à quoi on devrait affecter l'argent. Je mesurerais les résultats.

Quant à l'infrastructure, votre rapport frappe dans le mille. Toutefois, une mise en garde: nous avons mené un projet pilote sur les soins primaires dans le cadre duquel nous avons donné aux médecins de famille accès par Internet aux experts-conseils de l'hôpital QE II en GE, et ce fut un échec retentissant. Même si nos listes d'attente sont de douze mois, ils ne veulent rien savoir de nous. Ils veulent envoyer le patient dans le système pour qu'il soit traité ailleurs. Nous n'avons eu pratiquement rien à faire. En conséquence, nous avons fait marche arrière, jusqu'à l'étape avant le médecin de famille, et nous avons conçu notre projet en fonction des patients. Une fois que nous aurons fini d'aplanir tous les problèmes, nous croyons qu'il pourrait connaître beaucoup de succès et être très utilisé.



With regard to the infrastructure role, I agree that a national human resources strategy is urgently needed. Training programs, as I said earlier, are very good but we receive almost no training in management. Many of us never become managers, and I might include myself in that. Although the Royal College has moved away from its traditional stance that emphasized the role of management and health advocacy, there are still some ways to go with that, in my opinion.

On the Aboriginal health issue, again, my experience is very small. I did hear what Dr. Haddad had to say about places in medical schools for Aboriginal people. The only thing I would say about that is that we need to go further back. The place to get people involved and excited about a career in medicine is in high school, if not junior high school. I would certainly be very interested in seeing programs where kids in junior high or high school have access, and work in internships in the summer with university or other physicians, as indeed we do for the children of many of our colleagues. We intend to pilot one of those programs next summer for a school in Halifax that does not have a lot of money, and I think I would do that. However, it is asking a lot of someone who comes from a background where, perhaps, the high school is not that great to really make it into medical school without significant trauma.

Again, I thank the committee very much for hearing me. Those are the filters that I bring to this subject matter, and I look forward to discussing them with you.

**Mr. Ryan Sommers, Cobequid Community Health Board:** I would first like to thank the committee for this opportunity to talk to you today. It is a unique opportunity for a young person, a rookie researcher and a volunteer, to have a chance to talk about some of the issues you are trying to challenge.

As my card says, my name is Ryan Sommers and I am co-chair of the Cobequid Community Health Board, which is a volunteer community health board that represents a number of communities outside the Halifax area. In my other life, I am a second year graduate student in the Department of Community Health and Epidemiology at Dalhousie University, and Dr. Kephart is my supervisor, but I am here in a non-academic role.

I was not able to get my submission to you in advance, so I brought copies with me today and I hope that you have them before you right now. It is a pretty short brief. There is a nice little story in there from one of our community health board volunteers and her experiences down in the Clare Region, working on community-based health initiatives. There is a short copy of my presentation there with some pictures, to try and put a human side to my presentation.

Pour ce qui est du rôle de l'infrastructure, je suis d'accord qu'une stratégie nationale sur les ressources humaines doit être élaborée de toute urgence. Les programmes de formation, comme je l'ai dit plus tôt, sont très bons, mais nous ne recevons pratiquement aucune formation en gestion. Un grand nombre d'entre nous ne deviennent jamais des gestionnaires et je m'inclurais dans le nombre. Bien que le Collège royal ait pris ses distances vis-à-vis de sa position traditionnelle qui insistait sur le rôle de la gestion et de la promotion de la santé, il y a encore à mon avis des façons de le faire.

Pour ce qui est de la santé des Autochtones, encore une fois mon expérience est très limitée. J'ai entendu les propos du Dr Haddad au sujet de places pour les Autochtones dans les écoles de médecine. La seule chose que je dirais à ce sujet, c'est que nous avons besoin de revenir encore plus loin en arrière. La place pour intéresser vivement les gens à une carrière en médecine, c'est à l'école secondaire, pour ne pas dire à l'école secondaire de premier cycle. Je serais certainement très intéressé à voir des programmes dans lesquels les jeunes du secondaire, du premier cycle ou non, ont accès à des médecins universitaires et à d'autres médecins et travaillent dans le cadre de stages d'été avec de tels médecins, comme nous le faisons pour les enfants d'un grand nombre de nos collègues. Nous avons l'intention de mener un projet pilote dans l'un de ces programmes l'été prochain dans une école de Halifax qui n'a pas beaucoup d'argent, et je pense que c'est ce que je ferais. Cependant, c'est beaucoup demandé à quelqu'un qui vient d'un milieu où l'école secondaire n'est peut-être pas bien emballante de se rendre à l'école de médecine.

Encore une fois, je remercie le comité de m'avoir donné l'occasion de m'exprimer. Voilà les filtres que j'apporte sur ce sujet, et j'ai hâte de pouvoir en discuter avec vous.

**M. Ryan Sommers, Conseil de santé communautaire de Cobequid:** J'aimerais d'abord remercier les membres du comité de me donner l'occasion de vous adresser la parole aujourd'hui. Pour un jeune, un nouveau dans le domaine de la recherche et un bénévole, c'est une expérience unique d'avoir l'occasion de parler d'un certain nombre des questions que vous essayez de régler.

Comme le dit la carte que je porte, je m'appelle Ryan Sommers et je suis le coprésident du Conseil de santé communautaire de Cobequid, qui est un conseil de santé communautaire et bénévole qui représente plusieurs collectivités de l'extérieur de la région de Halifax. Dans mon autre vie, je suis un étudiant de deuxième année du premier cycle du Département de santé communautaire et d'épidémiologie de l'Université Dalhousie, et le docteur Kephart est mon superviseur, mais je suis ici dans un rôle non universitaire.

Il m'a été impossible de vous faire parvenir mon mémoire à l'avance de sorte que j'en ai apporté des copies aujourd'hui que j'espère vous avez sous les yeux en ce moment. C'est un très court mémoire. Il y a une bien belle histoire que je vous raconte dans ce document au sujet de l'une de nos bénévoles du conseil de santé communautaire et de ses expériences dans la région de Clare, où elle travaille à des initiatives de santé axées sur la collectivité. J'ai aussi un résumé de mon exposé avec quelques photographies, histoire de donner un aspect humain à mon exposé.

The other thing I would like to note is that this is a consensus document. There is no body that governs all community health boards in this region. Mainly all of the ideas and experiences that are in detailed in that document are what we call "Experience that comes from the parking lot." We always talk about things in the parking lot, and so some of us decided to try and put together a formal document.

I know it has been a long day. I am sure you are pretty tired and you have probably heard a lot of statistics, so I promise that I will only cite one or two statistics. Most likely you have already heard this statistic already today.

Basically, you probably want to know what a community health board is. Similar to health councils in Alberta and similar in concept to the community health centres in Ontario and Quebec, a community health board is a legislated, volunteer, community-based group, consisting of up to fifteen members from the local communities. Board members come from a variety of backgrounds and age groups. There are many students like myself; there are many retired persons, homemakers, engineers, business people, nurses, other health care workers such as nutritionists — even some physicians as well.

Currently there are thirty-seven health boards across the province, each varying in size, composition, and location. Yet we all share one common characteristic: we are dedicated citizens committed to enhancing the health of our communities. You have probably heard about the community health centre model in other parts of the country. We are not at a central location. We are not directly involved in health services. We are primarily involved with pharmacare activities. We are not directly involved in research and services. That is an important point to get across.

What we do is we go into the community and we talk to the people there, and do focus groups and surveys. We try to get a consensus of what are the health issues facing our region and what are the assets in the region to try and tackle these issues. What we do every year is produce a health plan which details the strategies we will choose to address the issues, and perhaps suggest to our larger district health authority — or DHA — structures, our larger regional health administrative structures, what are the problems and what actions should be taking place. They, in turn, take this information and include it in their business plans.

We are involved in a number of activities, anything from community development, health promotion and prevention, education, advocacy, and community capacity building. For example, some of us in my health board region have worked with the Sackville Seniors Club to help develop a fall prevention program. Other health boards have looked into developing a community garden and even to supporting a school breakfast program.

L'autre chose que j'aimerais signaler, c'est qu'il s'agit d'un document de consensus. Aucun organisme ne régit les conseils de santé communautaire dans notre région. Presque toutes les idées et les expériences données en détail dans ce document sont ce que nous appelons nos «expériences du terrain de stationnement». Nous parlons toujours de diverses choses dans le terrain de stationnement, et certains d'entre nous ont décidé de les réunir et d'en faire un document officiel.

Je sais que vous avez eu une longue journée. Je suis convaincu que vous êtes passablement fatigués et que vous avez probablement entendu beaucoup de statistiques, de sorte que je vous promets de ne vous en citer qu'une ou deux. Il est plus que probable que vous avez déjà entendu cette statistique aujourd'hui.

Essentiellement, vous voulez probablement savoir ce qu'est un conseil de santé communautaire. Semblable aux conseils de santé que l'on retrouve en Alberta et semblable au concept des centres de santé communautaire du Québec et de l'Ontario, un conseil de santé communautaire est un groupe communautaire bénévole prévu par la loi qui se compose de 15 personnes des collectivités locales. Les membres du conseil viennent de divers milieux et groupes d'âge. Il y a de nombreux étudiants comme moi, de nombreuses personnes à la retraite, personnes au foyer, ingénieurs, gens d'affaires, infirmiers et infirmières, autres travailleurs de la santé tels que des nutritionnistes — même des médecins.

À l'heure actuelle, on compte 37 conseils de santé dans la province, la taille, la composition et l'emplacement variant pour chacun. Nous partageons tous une caractéristique commune: nous sommes des citoyens déterminés à améliorer la santé de nos collectivités. Vous avez probablement entendu parler du modèle du centre de santé communautaire dans d'autres parties du pays. Nous ne sommes pas dans un endroit central. Nous n'avons pas directement affaire aux services de santé. Nous participons principalement à des activités liées à l'assurance-médicaments. Nous ne participons pas directement à la recherche et aux services. C'est un point important qu'il faut comprendre.

Nous allons dans la collectivité et nous parlons avec les gens, nous faisons des groupes de concertation et nous réalisons des sondages. Nous essayons de faire un consensus des problèmes de santé auxquels notre région fait face ainsi que des actifs de la région pour essayer de nous attaquer à ces problèmes. Chaque année, nous produisons un plan de santé qui détaille les stratégies que nous choisirons pour nous attaquer aux problèmes, et que nous suggérerons peut-être à notre autorité sanitaire de district — ou DHA — à nos structures administratives régionales de santé ce que sont les problèmes et les mesures qui devraient être prises. À leur tour, ces organisations prennent l'information et l'incluent dans leurs plans d'affaires.

Nous participons à plusieurs activités, depuis le développement communautaire jusqu'à la promotion de la santé et la prévention en passant par l'éducation et le renforcement des capacités communautaires. Par exemple, plusieurs d'entre nous au sein de mon conseil de santé ont travaillé avec le club de personnes âgées de Sackville pour aider à mettre sur pied un programme de prévention pour l'automne. D'autres conseils de santé ont examiné la possibilité de créer un jardin communautaire et même d'appuyer un programme de petit-déjeuner à l'école.



Similar gains have been accomplished throughout the province. In the Kingston-Greenwood area, their community health board has developed quite an innovative program known as Youth Boost, whereby they financially assist families with enrolling the children in community sports programs. Finally, newly established health boards in the Cape Breton region have already set to work and are partnering with the Meals on Wheels programs up there to help extend their days of service.

My main point that I want to get across to the committee is that the challenges facing many Canadians exist at the local level and cannot be tackled in isolation. By working together at the local level and helping to develop our communities, community health boards, volunteer agencies, senior clubs, local businesses and local health providers can adjust pertinent health care issues.

The new trend in health promotion-prevention is capacity-building and empowerment. By providing people with the right tools and resources, they can learn about health issues and take action. One mechanism to help build our communities is community development, and the federal government definitely has a strong and important role to play in this model.

Again, the five recommendations which I and other board members have come up with are only a consensus, and have not been voted on by all health boards in the region. These are just some ideas and things from our experience that we have encountered by working with the community.

Our first recommendation would be to improve and increase stable funding for community-based projects. Too often we hear of really successful volunteer initiatives that fail because their funding dries up. A common theme you will hear from the community health board people and people at the community level is that there is this lack of sustained funding. Most projects now in Nova Scotia, at least the ones working with community health boards, are either working through funding from the community health board or they are basically living day to day, or year to year, based on either sources of revenue.

The recent HRDC incident, with the billion-dollar blunder, will really affect the way that communities can address health issues. The funding system is a lot more strict now, and there are many more regulations and more paper to go through to help develop a community-based project. For a lay person seeking some resources and partnering with other groups, it is extremely difficult for them to move ahead.

Another recommendation from community health boards is to provide more opportunities for community-based research, as in more participatory types of research. Most national funding agencies are linking with decision makers now, and there are

Des gains semblables ont été réalisés dans toute la province. Dans la région de Kingston-Greenwood, le conseil de santé communautaire a mis sur pied un programme passablement innovateur qu'il appelle Youth Boost, dans le cadre duquel ils aident financièrement les familles à inscrire les enfants dans des programmes de sport communautaires. Enfin, des conseils de santé nouvellement mis sur pied dans la région du Cap-Breton sont déjà à l'oeuvre et sont des partenaires dans des programmes de repas servis à domicile.

Ce que je veux souligner à l'intention du comité, c'est que les défis que doivent relever de nombreux Canadiens existent au niveau local et ne peuvent être relevés de façon isolée. En travaillant ensemble à l'échelle locale et en aidant à développer nos collectivités, les conseils de santé communautaire, les organismes bénévoles, les clubs de personnes âgées, les entreprises locales et les fournisseurs de soins de santé locaux peuvent ajuster certaines questions pertinentes en matière de soins de santé.

La nouvelle tendance en matière de promotion-prévention de la santé est le renforcement des capacités et l'autonomisation. Si les gens ont les outils et les ressources dont ils ont besoin, ils peuvent apprendre à connaître les questions liées à la santé et à prendre des mesures. Un mécanisme pour aider à bâtir nos communautés est le développement communautaire, et le gouvernement fédéral a de toute évidence un important rôle à jouer dans ce modèle.

Encore une fois, les cinq recommandations que des membres du conseil et moi-même avons formulées ne sont qu'un consensus et n'ont pas fait l'objet d'un vote de la part des autres conseils de santé de la région. Ce ne sont que des idées et des choses provenant de notre expérience de travail dans la collectivité.

Notre première recommandation serait d'améliorer et d'accroître un financement stable pour les projets communautaires. Trop souvent nous entendons parler d'initiatives bénévoles réussies qui échouent parce que le financement s'est tari. Un thème courant que vous entendrez des membres des conseils de santé communautaire et des gens dans la collectivité est qu'il y a un manque de financement soutenu. La plupart des projets à l'heure actuelle en Nouvelle-Écosse, du moins ceux qui sont liés aux conseils de santé communautaire, sont soit le résultat d'un financement provenant du conseil de santé communautaire, soit des projets au jour le jour ou annuels, selon les sources de revenu.

Le récent incident à DRHC, l'erreur de un milliard de dollars, aura vraiment une incidence sur la façon dont les collectivités peuvent examiner les questions de santé. Le système de financement est beaucoup plus strict maintenant, sans compter les nombreux nouveaux règlements et toute la paperasse à remplir pour obtenir de l'aide pour mettre sur pied un projet communautaire. Pour un non-initié qui recherche des ressources et des partenariats avec d'autres groupes, il est extrêmement difficile de progresser.

Une autre recommandation des conseils de santé communautaire, c'est de donner plus d'occasions de faire de la recherche communautaire, comme dans des recherches plus participatives. La plupart des organismes nationaux de

efforts to link the communities. We feel that this should be continued and perhaps strengthened even further.

A third recommendation is to develop mechanisms to share the experiences of other successful community-based projects. All the time I meet people and hear about projects that are going on in other parts of the country and they sound really great, but nobody knows who is doing what. This also extends to the health care community as well. There is a lot of important stuff going on. For example, in one community health board, they are working on developing a volunteer transportation system for seniors. It is a matter of trying to let people know what is going on out there: that there are these resources and tools out there that can help health care people and other, non-health care people.

That sort of leads into my fourth recommendation, which is to link community-based health projects with local, primary health care professionals. I am sure you have all heard of the recent survey conducted by the Canadian College of Family Physicians which indicates that family physicians are working an exhausting seventy-three hours a week. With all that work, and with a fee-for-service payment structure that encourages quantity care over quality care, few family physicians have the time to properly invest in their patients.

Finally, this last recommendation is a stretch, but it is an important one. I think many people within the health world would agree that it is perhaps time to start legislating population health, or determinants of health targets at all levels. From the community, region, province, to the national level, population health is a great approach. Directly, it is a great framework within which to challenge issues, but it often fails at the largest societal level because you need to work with other groups; you need to work with finance, and you need to work with education. There really is no model in place within government to accomplish this goal and to try to work together.

We thought that if perhaps the government could legislate initiatives, and sort of set targets in law that they need to address, this would be useful. Probably the best example of this is if we could just imagine, back in the late eighties or early nineties, if we had actually legislated the reduction of child poverty. We would be in a lot different situation today.

Those are just quick recommendations from people within the community, arising from what we experience every day.

**The Deputy Chairman:** Dr. Rockwood, you talked about conflicting views with respect to the aging population in our communities. As we go across the country, I find myself feeling rather badly for people who are getting older, because I think they are being blamed for much of the perceived increased costs in the

financement tissent des liens avec les décideurs, et des efforts sont déployés pour avoir des liens avec les collectivités. Nous estimons que l'on devrait poursuivre dans cette voie et peut-être même la renforcer un peu plus.

Une troisième recommandation est de mettre au point des mécanismes pour transmettre les expériences vécues dans d'autres projets communautaires qui ont réussi. Je rencontre toujours des gens et j'entends parler de projets qui se déroulent dans d'autres coins du pays et ils semblent vraiment extraordinaires, mais personne ne sait qui fait quoi. Ceci vaut également pour le milieu des soins de santé. Il y a beaucoup de choses importantes qui se déroulent en ce moment. Par exemple, dans un conseil de santé communautaire, on s'emploie à mettre sur pied un système de transport bénévole pour les personnes âgées. C'est pour essayer de faire savoir aux gens ce qui se passe: qu'il y a des ressources et des outils qui peuvent aider les gens oeuvrant dans les soins de santé et d'autres qui n'y sont pas rattachés.

J'en viens à ma quatrième recommandation, qui est de faire le lien entre des projets de santé communautaire et des professionnels des soins de santé primaires locaux. Je suis convaincu que vous avez tous entendu parler du récent sondage mené par le Collège des médecins de famille du Canada qui indique que les médecins de famille travaillent 73 heures par semaine. Avec tout ce travail et dans un barème d'honoraires à l'acte qui encourage la quantité aux dépens de la qualité, il y a peu de médecins de famille qui ont le temps de bien investir dans leurs patients.

Enfin, la dernière recommandation est importante. Je pense qu'il y a beaucoup de gens dans les milieux de la santé qui seraient d'accord qu'il est peut-être temps de commencer à prévoir dans la loi la santé de la population, ou les objectifs des déterminants de santé à tous les niveaux. Depuis la collectivité, la région, la province jusqu'à l'échelle nationale, la santé de la population est une approche formidable. Directement, c'est un cadre formidable pour s'attaquer aux problèmes, mais c'est un cadre qui échoue souvent au plus grand niveau sociétal parce que vous devez travailler avec d'autres groupes: vous devez travailler avec des groupes spécialisés en finances, et vous devez travailler avec des groupes spécialisés en éducation. Il n'existe pas vraiment de modèle au sein du gouvernement pour réaliser cet objectif et essayer de travailler ensemble.

Nous avons pensé que si le gouvernement pouvait prévoir par loi des initiatives, et en quelque sorte établir des objectifs dans la loi qu'il faut atteindre, ce serait utile. Le meilleur exemple est probablement que si nous pouvions seulement imaginer, de retour à la fin des années 80 ou au début des années 90, si nous avions effectivement prévu dans la loi la pauvreté des enfants. La situation serait totalement différente aujourd'hui.

Voilà les quelques brèves recommandations venant de personnes de la collectivité, découlant de nos expériences de tous les jours.

**La vice-présidente:** Docteur Rockwood, vous avez parlé de points de vue contradictoires en ce qui concerne le vieillissement de la population dans nos collectivités. Suite à tous nos déplacements dans le pays, je suis de plus en plus pessimiste en ce qui concerne les gens qui vieillissent, parce que je pense qu'on les



health care system. When it really comes down to it, the most expensive year of your life is the last year of your life, whether you are older or younger. I just wanted to know if you had any views on that, or what we could put on the record statistically that would dispel this myth, because it was one of the myths listed in our first report under "Myths and Realities." I have spoken to older people, and I have actually heard from septuagenarians who were quite concerned that, somehow or other, the younger generation would blame them for the increasing costs of the health care system. If you have a comment on that, or if anyone else has a comment, I would appreciate having it.

**Dr. Rockwood:** I think there are three points to be made here: Number one is, of course, that the last year of life is the most expensive one. That is how it should be for most people, particularly the younger ones. The second point is that, contrary to the argument that the aging of the population is what fuels the costs of the pills that are used and the technologies that are employed, these are not employed in respect of age but, rather, employed in respect of particular diagnoses.

In addition, many of the things that are employed there are initiated without an adequate understanding of why they are being employed. I say that on two grounds: The first is that they are initiated without insight into how the use of the medicine or technology will change the overall health of that patient, and there are many examples. A controversial one would be to ask what is driving the widespread use of anti-hypertensive medications in elderly people in long term care with advanced Alzheimer's disease? What is the end of that? That is a controversial one. However, there are less controversial ones involved in which pills are being used and which technologies are being employed in the absence of understanding why it is all being done. The people who are most likely to have that happen to them are older people. It is not their age which is the determinant of that, but the idea that they have complex problems, and our failure in this respect is our failure to deal with complex problems.

If you wanted to argue the age case, you would say, "Who is having all of these things done?" It is the old people. If you wanted to argue the "not-age" case, you would say, "If we understand what the diagnosis is, it is the diagnosis that is driving the pills and the technology." My comment would be, in essence, who cares about that, if it is being done to a good end? What I object to are things that are employed where, standing back, it is very unclear as to me as to the end to which they are being employed.

**Senator Robertson:** Gentlemen, the wisdom that you bring to the table is greatly appreciated. In some ways it is almost a contradictory effort that we are conducting here — at least contradictory in regard to the types of testimonies we are receiving. If you are in one spot, you get this testimony, and if you are somewhere else, you get another type of testimony. It makes you think, what is the happy medium of all this?

blâme pour une grande partie de l'augmentation perçue des coûts des soins de santé. À bien y penser, l'année la plus dispendieuse de votre vie est la dernière, que vous soyez plus âgé ou plus jeune. Je voulais tout simplement savoir ce que vous en pensiez, ou ce que nous pourrions porter au compte rendu sur le plan statistique qui pourrait réfuter ce mythe, parce que c'était l'un des mythes énumérés dans notre premier rapport sous «Mythes et réalités». J'ai parlé à des personnes âgées et j'ai effectivement entendu des septuagénaires qui s'inquiétaient vraiment que d'une façon ou d'une autre, la génération plus jeune les blâmerait pour l'augmentation des coûts du système de soins de santé. Si vous avez une observation à ce sujet, ou si qui que ce soit d'autre a une observation, j'aimerais l'entendre.

**Le Dr Rockwood:** Je pense qu'il y a trois points à souligner: tout d'abord, évidemment, la dernière année de la vie est la plus dispendieuse. C'est ainsi qu'il devrait en être pour la plupart des gens, en particulier les plus jeunes. Ensuite, contrairement à l'argument selon lequel le vieillissement de la population est ce qui fait augmenter le coût des médicaments utilisés et des technologies employées, on y a recours non pas en fonction de l'âge, mais plutôt en fonction de diagnostics précis.

En outre, un grand nombre des choses employées le sont sans qu'il y ait une compréhension adéquate de la raison pour laquelle elles le sont. Je dis cela pour deux motifs: le premier est que l'on commence à les employer sans savoir dans quelle mesure l'utilisation de la médecine ou de la technologie changera l'état de santé global de ce patient, et les exemples sont nombreux. Un exemple controversé serait de demander ce qui provoque l'utilisation répandue d'antihypertenseurs chez les personnes âgées en soins de longue durée qui sont à une étape avancée de la maladie d'Alzheimer? Ou à la fin? C'est une question controversée. Cependant, il y en a des moins controversées qui ont trait aux comprimés utilisés et aux technologies employées alors qu'on ne comprend pas pourquoi on le fait. Les gens à qui cela est le plus susceptible d'arriver sont les personnes âgées. Ce n'est pas leur âge qui est le déterminant, mais l'idée qu'elles ont des problèmes complexes et notre échec à cet égard est notre échec face à des problèmes complexes.

Si vous vouliez plaider la cause de l'âge, vous diriez: «Pour qui est-ce que l'on fait tout cela»? C'est pour les gens âgés. Si vous vouliez plaider en faveur des gens âgés, vous diriez: «Si nous comprenons le diagnostic, c'est le diagnostic qui fait intervenir les médicaments et la technologie». À cela je dirais: qui s'en soucie, si c'est fait à une bonne fin? Mon objection, ce sont les choses que l'on emploie alors que, avec le recul je ne comprends pas pourquoi on les emploie.

**Le sénateur Robertson:** Messieurs, je vous salue de la sagesse que vous amenez à la table. À certains égards, c'est pratiquement un travail contradictoire que nous faisons — du moins contradictoire quant aux types de témoignages que nous entendons. Si vous êtes à un endroit, vous avez tel témoignage, et si vous êtes ailleurs, vous avez cet autre type de témoignage. Cela vous porte à réfléchir et à vous demander où est le juste milieu dans tout cela.

I will be asking general questions and any one of you can perhaps respond to those questions.

Let us start with the Canada Health Act. Would the health system be more effectively delivered if we had a clearer interpretation of the Canada Health Act within the act itself? I sometimes worry about how the act is interpreted. For example, with respect the "accessibility." I suppose to you, Chair, accessibility would mean one thing. If you want to define it, it might mean something different to someone else. To Dr. Leddin, it might be totally different, and to Dr. Kephart, it might be something else again. How do you define these things and is there a misunderstanding in some of these issues?

Perhaps you might want me to pause after each of these questions? If not, I will just proceed with my questions.

The Canada Health Act, of course, is the foundation under our system. It has been in place for forty years, and it is a bit like an old house: every once in a while you need to check its foundations and perhaps rebuild it to make sure that you are in a secure position. Should I stop there until you think about that, or do you want me to go on?

**Dr. Leddin:** I think that should keep us occupied. That is, after all, an extremely difficult question. The principles of the Canada Health Act are what has defined this health care system as the most ethical one that I know of in the world. On the other hand, we are facing many challenges, and it is perceived now as being a box that restricts the options that we can use to deal with some of these challenges.

I am not so sure that there is anything wrong with the principles of the Canada Health Act or that they need to be changed. The starting point is that they are principles, and principles generally apply to a clear mission statement. I am not sure that I have heard clearly, either provincially or federally, just what business we are in. Those are great principles, but to which mission do they apply? I do not know.

**Senator Robertson:** Does anyone else have a comment on the Canada Health Act? That is what my question was aiming at, Dr. Leddin. We all seem to think we understand, but really, when it gets down to the fine tuning of it, you ask yourself, "What does that really mean?" It causes some confusion. I will leave that with you for the moment.

Of course, back when the Canada Health Act was first drafted, and medicare — for facility, I will just call the health system medicare — came into existence in Canada, as we know, back then it covered sort of a hundred per cent of health care. Today, as you probably know, it only relates to about forty per cent of the health care that is offered in the local doctors' offices or hospitals. The other sixty per cent is either in the home, in the school, or in the workplace.

The witnesses who have come before us, there has been absolutely no difference in their testimony when they list the things that are important. Sometimes their ideas may have been

Je vais poser des questions d'ordre général et n'importe qui peut y répondre.

Commençons par la Loi canadienne sur la santé. Le système de santé serait-il plus efficace si nous avions une meilleure interprétation de la Loi canadienne sur la santé dans la loi même? Je me demande parfois comment on interprète la loi. Par exemple, en ce qui concerne l'«accessibilité», je suppose que pour vous, madame la présidente, l'accessibilité signifierait une chose. Si vous voulez la définir, elle pourrait vouloir dire quelque chose de différent pour une autre personne. Pour le Dr Leddin, ce pourrait être quelque chose de tout à fait différent, et encore quelque chose d'autre pour le Dr Kephart. Comment définissez-vous ces choses et y a-t-il un malentendu dans un certain nombre de ces questions?

Préférez-vous que je m'arrête après chaque question? Sinon, je vais toutes les poser.

La Loi canadienne sur la santé est évidemment le fondement de notre système. Elle est en place depuis 40 ans, elle est un peu comme une vieille maison: de temps à autre vous devez vérifier les fondations et peut-être les refaire pour vous assurer que tout soit sécuritaire. Voulez-vous que je vous laisse y réfléchir, ou voulez-vous que je continue?

**Le Dr Leddin:** Je pense que cela devrait nous tenir occupés. Après tout, c'est une question extrêmement difficile. Les principes de la Loi canadienne sur la santé sont ce qui a fait de notre système de soins de santé le plus éthique que je connaisse au monde. Par contre, nous faisons face à de nombreux défis et on le perçoit maintenant comme une boîte qui limite les options que nous pouvons utiliser pour relever certains de ces défis.

Je ne suis pas tout à fait certain qu'il y ait quoi que ce soit qui n'aille pas avec les principes de la Loi canadienne sur la santé ou qu'il faille les modifier. Le point de départ est que ce sont des principes, et les principes en général s'appliquent à un énoncé de mission clair. Je ne pense pas avoir entendu clairement, que ce soit au niveau fédéral ou provincial, exactement ce qui constitue notre champ d'activité. Ce sont de grands principes, mais à quelle mission s'appliquent-ils, je ne le sais pas.

**Le sénateur Robertson:** Quelqu'un d'autre a-t-il une observation sur la Loi canadienne sur la santé. C'était vraiment l'objet de ma question, docteur Leddin. Nous semblons tous penser que nous comprenons, mais en réalité, lorsqu'il est question d'apporter des modifications, vous vous demandez «qu'est-ce que cela signifie vraiment»? Cela cause de la confusion. Je vais vous laisser y réfléchir pour l'instant.

Évidemment, à l'époque où l'on a rédigé la Loi canadienne sur la santé, et que le régime d'assurance-maladie — j'appellerai le système de santé le régime d'assurance-maladie — est entré en vigueur au Canada, il couvrait à ce moment-là, comme nous le savons, la totalité des soins de santé. Aujourd'hui, vous le savez probablement, il porte seulement sur environ 40 p. 100 des soins de santé offerts dans les hôpitaux ou les cabinets des médecins. Les 60 p. 100 restants sont soit offerts à domicile, à l'école ou dans le lieu de travail.

Les témoins qui ont comparu devant nous ont tous indiqué les mêmes choses qu'ils estiment importantes. Parfois leurs idées sont peut-être exprimées différemment, mais au fond, c'est la même



expressed differently, but the bottom line remains the same: The most important things left out of the system right now is home care, community care and pharmacare.

Let me just leave that there for a moment and move on to where we are today. The witnesses who have come before us have said, almost consistently, that the waiting lists are too long. In relation to some diseases, it seems almost criminal the way in which the waiting lists seem to have built up. Many of our citizens cannot get access to a family practitioner. I have a neighbour who drives about sixty miles to see the family practitioner. These people are saying that the system is not serving them well. If you have to wait ten, twelve, fourteen weeks for tests, or if you have been diagnosed with a very serious illness and you cannot get treatment for another ten or twelve weeks or longer than that, how is the system serving you?

What I am saying — perhaps poorly — is that once they get into the system, people are pleased with the services they get there. The frustration lies in trying to get there: trying to access the service. I do not know what we can do about that without two things occurring: more human resources, of course, which really means more money, I suppose. If we go into pharmacare and really strong home care, community care, that will require funds as well. We know especially in Atlantic Canada, but we hear it from all across the country. Alberta, for instance, is almost throwing up its hands, and it is the richest province we have. They are looking at implementing drastic methods. I know that we all love the system, and we are proud of it, but people are frustrated and angry that the system is, in some ways, failing them.

Thus, if we want to provide the proper care, and if we want to provide it where sixty per cent of the care is given, where do we find the money? Do you think we can actually find the money in doing what we are doing now, better? What else do we do? Tied to that, I suppose, if we need more money, should that money come from the taxpayer in the form of higher taxes, or should it come directly from the users of the system through some form of partial payment for services rendered? I will stop there.

**Dr. Kephart:** Yes, the money issue. I heard Nuala Kenny speaking to you earlier today, and a statement she often makes is that the biggest problem for us in the Canadian health care system is making choices. In fact, we have tons of health care. We have lots of things we can do, and the list of things we can do and the options for us are growing at a rapid rate. In fact, one of our key problems now is a rapidly growing set of choices. Mixed in with that are very difficult decisions being made every day on a patient-provider level around, "Is this the right thing to do? What should I do? What is the evidence?" In Canada, we have some three hundred new drug products per year coming out and being approved. This is an enormous intellectual challenge for providers. However, the issue is how are we to make choices? That is the big challenge. We can either make choices as a system, or we can move in ways that force choices on individuals. If we are to move in a way that will force choices on individuals, we

chose. Les choses les plus importantes qui ne sont pas comprises dans le système en ce moment sont les soins à domicile, les soins communautaires et l'assurance-médicaments.

Permettez-moi de passer maintenant à la raison pour laquelle nous sommes ici aujourd'hui. Les témoins qui ont défilé devant nous nous ont dit, presque continuellement, que les listes d'attente sont trop longues. En ce qui concerne certaines maladies, c'est presque criminel que l'on ait laissé les listes d'attente prendre cette ampleur. Un grand nombre de nos citoyens ne peuvent pas avoir accès à un médecin de famille. J'ai un voisin qui parcourt environ 60 miles pour aller voir un médecin de famille. Ces gens disent que le système ne les dessert pas bien. Si vous devez attendre 10, 12 ou 14 semaines pour des tests, ou si on vous a diagnostiqué une maladie très grave et que vous ne pouvez pas obtenir de traitement avant 10 ou 12 semaines ou encore plus, comment le système vous dessert-il?

Ce que je dis — peut-être mal — c'est qu'une fois qu'ils sont dans le système, les gens sont heureux des services qu'ils obtiennent. La frustration vient d'essayer d'y arriver, d'essayer d'avoir accès aux services. Je ne sais pas ce que nous pouvons faire à ce sujet si deux choses ne se produisent pas: plus de ressources humaines, évidemment, ce qui veut vraiment dire plus d'argent, je suppose. Si nous adoptons l'assurance-médicaments et de solides soins à domicile, soins communautaires, il faudra là aussi des fonds. Nous le savons particulièrement au Canada atlantique, mais nous l'entendons d'un bout à l'autre du pays. Par exemple, l'Alberta abandonne pratiquement la partie, et c'est notre province la plus riche. Elle envisage de mettre en œuvre des méthodes draconiennes. Je sais que nous aimons tous le système, et que nous en sommes fiers, mais les gens sont frustrés et fâchés que le système, d'une certaine façon, leur fasse faux bond.

Ainsi, si nous voulons fournir les soins appropriés, et si nous voulons le faire où 60 p. 100 des soins sont donnés, où trouvons-nous l'argent? Pensez-vous que nous pouvons réellement trouver l'argent pour mieux faire ce que nous faisons maintenant? Que pouvons-nous faire d'autre? Ajoutez à cela, si nous avons besoin de plus d'argent, est-ce que cet argent devrait venir du contribuable sous la forme d'impôts plus élevés ou devrait-il venir directement des utilisateurs du système par le biais d'une forme de paiement partiel pour services rendus? Je m'arrête ici.

**Le Dr Kephart:** En effet, la question de l'argent. J'ai entendu Nuala Kenny qui vous parlait plus tôt aujourd'hui, et une déclaration qu'elle fait souvent est que le plus gros problème pour nous dans le système de soins de santé au Canada, c'est de faire des choix. En fait, nous avons des tonnes de soins de santé. Il y a des foules de choses que nous pouvons faire, et la liste des choses que nous pouvons faire et des options qui s'offrent à nous s'allonge à un rythme rapide. En fait, un de nos principaux problèmes, ce sont les choix de plus en plus nombreux que nous devons faire. Vous devez y ajouter les décisions très difficiles qui sont prises tous les jours dans la relation patient-fournisseur, «Est-ce la bonne chose à faire? Que devrais-je faire? Quelles sont les preuves?» Au Canada, quelque 300 nouveaux produits pharmaceutiques sont mis en marché et approuvés chaque année. C'est un énorme défi intellectuel pour les fournisseurs. Cependant, la question est de savoir comment nous allons faire nos choix.

must think about whether people will make rational decisions. Will we be achieving the goals that we are trying to achieve?

If our solution is to simply provide more money, and do it through user fees, for example, the question is: will people make appropriate choices? Will they make rational choices that will be efficient? What we have at this point is really overwhelming evidence from many studies that show that patients frequently do not make efficient and rational choices when presented with a cost. Why? Well, they are not the experts here. The studies, for example, on drug user fees are showing that user fees may not affect use/non-use very much, but they do affect the quantity of how much you will use. Thus, patients may reduce the amount of blood pressure medication they are taking, for example. That may be one way they adapt to the cost, but they are not the key decision maker, necessarily, on what drug is prescribed.

The evidence is fairly overwhelming at this point that, yes, you are creating an incentive. Does the incentive work? Yes, it does work. People change their behaviour in response to financial incentives. Does it raise revenue? Of course it does. When you put in user fees, you bring more revenue into the system. You are creating an incentive, and that incentive is being put on people who do not necessarily have the tools, in many cases, to make the right decisions, or make decisions that will best affect their health. The evidence is very clear: People do not make the decisions.

If you are interested in creating incentives in the system to change behaviour, then by all means put the incentives on the people who are best able to make good decisions. The evidence is that frequently it is not the patient who can always make those best decisions. Perhaps there are cases where they can, but in many of the contexts where we are talking about user fees in the system, we know that patients are not making those decisions professionally.

**Senator Robertson:** I was not thinking particularly about user fees, but that is fine. Anyone else?

**Dr. Rockwood:** I think, in both your questions and the answers that Dr. Kephart has given, it is evident that there are certain tensions. There is the tension between the vision that we hold and the things that turn out to be reasonably non-controversial, and the ways in which people achieve them, or the difference between whether the decision is made at the level of the system or whether it is made at the level of the individual. I have no scepticism whatsoever about user fees. I am sure that for the population they would serve, they would be a disaster.

C'est là le grand défi. Nous pouvons soit faire des choix en tant que système, ou nous pouvons agir de façon à imposer les choix aux personnes. Si nous devons adopter cette façon de faire qui impose les choix aux particuliers, nous devons nous demander si les gens vont prendre des décisions rationnelles. Atteindrons-nous les objectifs que nous essayons d'atteindre?

Si notre solution est de tout simplement fournir plus d'argent, et de le faire par l'entremise des tickets modérateurs, par exemple, la question sera de savoir si les gens feront les choix appropriés. Feront-ils des choix rationnels qui seront efficaces? Ce que nous avons à ce moment-ci, ce sont des preuves écrasantes tirées de nombreuses études qui indiquent que les patients souvent ne font pas des choix efficaces et rationnels lorsqu'un coût est en cause. Pourquoi? Eh bien, ils ne sont pas les spécialistes. Par exemple, les études sur les tickets modérateurs dans le cas des médicaments indiquent que ces tickets modérateurs n'ont peut-être pas une grande incidence sur l'utilisation ou la non-utilisation, mais qu'ils ont une incidence sur la quantité que vous utiliserez. Ainsi, les patients pourraient réduire la quantité de médicaments pour la pression artérielle qu'ils prennent, par exemple. Il peut s'agir-là d'une façon pour eux de s'adapter aux coûts, mais ils ne sont pas le principal décideur, nécessairement, quant aux médicaments prescrits.

À ce moment-ci, les preuves sont assez écrasantes que vous créez effectivement un incitatif. Fonctionne-t-il? Oui, il fonctionne. Les gens changent leur comportement en réponse à des incitatifs financiers. Est-ce que cela fait augmenter les revenus? Évidemment. Lorsque vous mettez en place des tickets modérateurs, le système amasse plus de revenus. Vous créez un incitatif, et cet incitatif est appliqué à des gens qui n'ont pas nécessairement les outils, dans bien des cas, pour prendre les bonnes décisions, ou pour prendre des décisions qui auront une incidence sur leur santé. Les preuves sont très claires: les gens ne prennent pas les décisions.

Si vous cherchez à créer des incitatifs dans le système pour modifier le comportement, alors de grâce appliquez les incitatifs aux personnes les plus en mesure de prendre les bonnes décisions. Les preuves indiquent que ce n'est souvent pas le patient qui peut prendre les meilleures décisions. Il y a peut-être des cas où ils peuvent le faire, mais dans les nombreux contextes pour lesquels nous parlons de tickets modérateurs, nous savons que les gens ne prennent pas ces décisions de façon professionnelle.

**Le sénateur Robertson:** Je ne pensais pas précisément aux tickets modérateurs, mais c'est parfait. Quelqu'un d'autre?

**Le Dr Rockwood:** Je pense que pour vos deux questions et les réponses qu'a données le Dr Kephart, il est évident qu'il y a des tensions. Il y a les tensions entre la vision que nous avons et les choses finissent par être raisonnablement non controversées et les façons pour les gens de le faire, ou la différence entre savoir si la décision est prise au niveau du système ou si elle l'est au niveau de la personne. La question des tickets modérateurs ne laisse planer aucun doute dans mon esprit. Je suis convaincu que pour la population à laquelle il s'appliquerait, il serait une véritable catastrophe.



I do have scepticism about the way in which our system makes decisions because we either seem to wind up doing more of the same or, as we have done in the last ten years, less of the same. While there have been exceptions, such as home care which have come about incrementally and proved to be a good thing, there is still too much the idea of continuing along the same lines of the way things have always been done.

I can remember twenty years ago, in medical school, being told about studies that looked at ways to get doctors to stop ordering unnecessary tests. Here we are, twenty years later and, apart from last year, I have never worked in a system in which, every year at the hospital in which I worked, we did not announce cuts. People say, "The system is growing. The money is growing." I have never worked in any environment other than an environment in which we have been announcing cuts. Even in that constrained environment, you can still walk up to any ward, right now, and pick up a chart and see tests there that do not need to be done. Thus, our ability to effect change at the system level by simply doing less of the same has not been very effective.

I think that the time is appropriate and there is a good philosophical argument to be made that while we would share certain principles such as accessibility, we would allow a very wide range of experiments in accessibility to be done. I think that it certainly would be of interest at the community level to see what people would opt for if they were given a range of choices about accessibility. In other words, if everyone can get to the same doctor or the same procedure, but the accessibility issue revolves around the amount of time that it takes to get there: or if one doctor can order any test, but the accessibility price is the amount of time that it takes to get that test, versus if only certain doctors can order particular tests, there is an accessibility issue then in how you get to such a doctor, and how it is done. These would be effective choices, but they are not the sorts of choices right now. Right now, we tend to tighten our belts and push ahead. I do not think that is wise.

**Dr. Leddin:** With regard to the accessibility issue, I think there are innovative ways in which we can do business. Our new extended-role nurse, for example, in inflammatory bowel disease will be seeing real patients in the physical plant five half mornings a week, but will be running a virtual clinic via e-mail for the other five, for patients from Cape Breton to Yarmouth. A lot of what we do is information transfer rather than actually needing to see people.

With regard to pharmacare, it is an interesting problem. People get caught without coverage for a variety of reasons. For example, in our business, Crohn's, a common condition, has an onset at age 16. If you are diagnosed with that disease, you will never get

J'ai par contre des doutes quant à la façon pour le système de prendre des décisions parce que nous semblons finir par faire encore plus de la même chose ou, comme pour les dix dernières années, moins de la même chose. Bien qu'il y ait eu des exceptions, comme les soins à domicile qui sont venus s'ajouter et qui ont été une bonne chose, on pense encore trop à poursuivre dans la même veine, de faire les choses comme elles ont toujours été faites.

Je peux me rappeler il y a vingt ans, lorsque j'étais à l'école de médecine, j'entendais parler d'études sur des façons d'obtenir que les médecins cessent de commander des tests inutiles. Et nous voici vingt ans plus tard et, à l'exception de l'année dernière, je n'ai jamais travaillé dans un système dans lequel, chaque année à l'hôpital où j'ai travaillé, nous n'avons pas annoncé de compressions. Les gens disent: «Le système prend de l'expansion. Plus d'argent entre». Je n'ai jamais travaillé dans un environnement autre qu'un environnement dans lequel nous avons annoncé des compressions. Même dans cet environnement que l'on freine, vous pouvez encore vous rendre à n'importe quel service, à l'heure actuelle, prendre une fiche et y voir des tests qui n'ont pas besoin d'être effectués. Ainsi, notre capacité d'apporter des changements au niveau du système en faisant tout simplement moins de la même chose n'a pas été très efficace.

Je pense que le temps est approprié et qu'il y a un bon argument philosophique à présenter, à savoir que pendant que nous partagerions certains principes comme celui de l'accessibilité, nous permettrions à un plus grand éventail d'expériences en accessibilité d'être réalisées. Je pense qu'il serait certainement intéressant de voir au niveau communautaire ce que les gens décideraient de faire si on leur offrait un éventail de choix en matière d'accessibilité. En d'autres mots, si tout le monde peut consulter le même médecin et avoir la même opération, mais que la question d'accessibilité porte sur le temps qu'il faut pour y parvenir, ou si un médecin peut commander n'importe quel test, mais que le prix de l'accessibilité est le temps qu'il faut pour obtenir les tests, par opposition à si seulement certains médecins peuvent commander des tests particuliers, vous avez alors une question d'accessibilité dans la façon d'obtenir tel médecin et dans la façon dont le test est effectué. Il s'agirait là de choix efficaces, mais ce ne sont pas ceux que nous avons à faire en ce moment. Pour l'instant, nous avons tendance à nous serrer la ceinture et à vouloir aller plus loin. Je ne pense pas que ce soit sage.

**Le Dr Leddin:** En ce qui concerne l'accessibilité, il y a selon moi des façons novatrices pour nous de faire les choses. Notre infirmière au rôle étendu, par exemple, en maladies intestinales inflammatoires verra des patients réels en personne cinq demi-matins par semaine, mais tiendra une clinique virtuelle par courrier électronique les cinq autres demi-matins à l'intention des patients du Cap-Breton et à Yarmouth. Une grande partie de notre travail est du transfert d'information plutôt que de la consultation en personne.

Du côté de l'assurance-médicaments, c'est un problème intéressant. Les gens ne sont pas couverts pour diverses raisons. Par exemple, dans notre champ d'activité, la maladie de Crohn, une condition courante, apparaît à l'âge de 16 ans. Si l'on vous

insurance for medication. It will just not happen under a private system.

On the other hand, for adults, there is a little bit of the ant and the grasshopper syndrome where the ant saves and pays insurance for medication and the grasshopper sings and does not, and then gets ill with an M.I. at fifty, and wants the public to pay for it. There are, indeed, some contradictions. Certainly, if we are to have a national pharmacare program, we should all pay into it.

**Senator Robertson:** We should all pay into it?

**Dr. Leddin:** We should all pay into it to avoid the issue of some people choosing to pay in when it suits them but not contributing at the early end.

**Senator Robertson:** How would you have them pay into it? Would you have a system run by the government or would you have it run by a private insurance company, or a combination of both?

**Dr. Leddin:** In running through your report, if I read the tenor of it correctly, it is that you would welcome increased patient responsibility for using the services, and so would I. I think people should have the equivalent of a Visa or Mastercard report every month for the services or drugs that they are accessing so that they know exactly what they are getting. I think it would be very interesting.

We have patients who come back from Florida and are very indignant in the clinic, saying, "Why could we not have a screening colonoscopy six months ago? This is disgraceful." My reply is, "Why did you not pay U.S. \$1,500 in Florida to have it done there?" The public does have extraordinary expectations. On the one hand, nationally, we want universal coverage and high quality, but people compare us to a U.S. system that apparently has no problem with having 40 million people with no coverage. It is not a very fair comparison.

**Senator Robertson:** They want the American system with our costs.

**Dr. Leddin:** That is, without paying for it. I have, perhaps, just one other point: The national debate, which I think a number of you touched on in your questions. This is an extraordinarily difficult country in which to have a rational debate with respect to this issue of health care. There is something strange about that. I mean, many other countries seem to have a more tolerant attitude to disagreements. Perhaps it is the tradition of soapboxes at Hyde Park Corner. I do not know. However, in this country, this issue seems to be a hot button issue that is very difficult for people to debate without instant polarization. It is very odd.

**Mr. Sommers:** I can probably just comment on my experiences in working with communities. Home care is a huge issue right now, and I am not sure what it will look like in a decade from now. There will have to be some huge choices made there. Right now, at the community level, people are frustrated that they

diagnostique cette maladie, vous n'aurez jamais d'assurance-médicaments. C'est impossible en vertu d'un régime privé.

Par contre, dans le cas des adultes, c'est un peu le syndrome de la cygale et de la fourmi. La fourmi économise et paie une assurance-médicaments tandis que la cygale chante et ne paie pas d'assurance, puis devient malade et fait un infarctus à l'âge de 50 ans, et veut que le public paie pour ses médicaments. En effet, il y a des contradictions. Évidemment, si nous avons un programme national d'assurance-médicaments, nous devrions tous y cotiser.

**Le sénateur Robertson:** Nous devrions tous y cotiser?

**Le Dr Leddin:** Nous devrions tous y cotiser pour éviter d'avoir le problème de personnes qui décident de payer uniquement lorsque cela leur convient, mais de ne pas cotiser annuellement.

**Le sénateur Robertson:** Comment voyez-vous la cotisation? Est-ce que ce serait un système relevant du gouvernement, ou est-ce que ce serait un système relevant d'une compagnie d'assurance privée, ou encore une combinaison des deux?

**Le Dr Leddin:** En parcourant votre rapport, si j'en ai bien saisi la teneur, vous aimeriez qu'il y ait une responsabilité accrue de la part des patients quant à l'utilisation des services, et moi aussi. Je pense que les gens devraient avoir l'équivalent d'un relevé de compte mensuel de Visa ou de Mastercard à l'égard des services ou des médicaments qu'ils utilisent de sorte qu'ils sauront exactement ce qu'ils obtiennent. Je pense que ce serait très intéressant.

Nous avons des patients qui reviennent de la Floride et qui sont tout indignés dans la clinique et disent: «Pourquoi est-ce que je ne pouvais pas avoir une coloscopie de dépistage il y a six mois? C'est une honte». Je réponds: «Pourquoi n'avez-vous pas payé 1 500 \$US en Floride pour l'avoir»? Le public a des attentes extraordinaires. Par ailleurs, à l'échelle nationale, nous voulons une protection universelle et de la grande qualité, mais les gens nous comparent au système américain qui ne semble pas avoir de problème du fait que 40 000 000 de citoyens ne sont pas couverts. Je pense que la comparaison n'est pas juste.

**Le sénateur Robertson:** Ils veulent le système américain, mais sans payer.

**Le Dr Leddin:** Tout à fait, sans payer. J'ai peut-être un autre point. C'est le débat national, que plusieurs d'entre vous ont abordé dans vos questions. Nous sommes dans un pays où il est extraordinairement difficile de tenir un débat rationnel sur les des soins de santé. Il y a quelque chose de bizarre. Ce que je veux dire, c'est qu'il y a de nombreux autres pays qui semblent avoir une attitude plus tolérante aux désaccords. C'est peut-être la tradition des romans-fleuves de Hyde Park, je ne sais pas. Cependant, au Canada, il semble très difficile pour les gens de débattre de cette question sans qu'il n'y ait une polarisation instantanée. C'est vraiment bizarre.

**M. Sommers:** Je peux probablement offrir les observations suivantes d'après mes expériences de travail dans les collectivités. Les soins à domicile sont une énorme question en ce moment et je ne suis pas certain de ce que cela aura l'air dans une dizaine d'années. Il faudra faire des choix incroyables à ce moment-là. En



cannot get into a nursing home, or they cannot get their parents into a nursing home, but people are working at the problems; they are trying to make their own solutions, their own alternatives.

In our region, members of church groups are working together to initiate daycare programs for seniors and elderly. All of these support groups are popping up through seniors clubs or, as I said, the churches are working to address these issues. Right now, I do not see this issue being resolved in the future any time soon, because there are significant problems.

Again, my bias from the community is that there are solutions within our communities. People are working together to get around these systematic issues. It is another way of investing in our communities to have the community work together to address these issues. Throughout the entire province probably every health board with each of the nine regions are working with seniors groups around daycare programs or programs for seniors.

Right now, it is an extremely difficult trade-off and it is one that has to be debated at the national level. People talk about values all the time, but it is hard to really know what people's values are around this issue. Again, my bias from the community level is that there are solutions at that level. They are not a total fix, but there are some minor things that we can do at that level to address some of these problems.

**Senator Callbeck:** Mr. Sommers, I wanted to ask you about the community health boards. You said there were 37 in Nova Scotia. Your volunteers, are they elected? Are you appointed?

**Mr. Sommers:** They are not elected in the way they are out west. You enter a community health board mainly through an application process, where people submit a resume and then they go through a screening process. In our region at least there are standard questions to ask and a waiting system to ensure that we have people who are community-focussed, who can bring a different aspect, or who can bring certain aspects from the community to our board. But we are not elected. Through my studies I saw that, out in Saskatoon where they are elected, they get dismal turnouts. Only ten per cent of the people participate in these elections. It does not seem to be a very effective way to go, plus, I think that elections bring the political factor into play.

The great thing about working at the community level is that the whole political spectrum disappears. There are no "left" or "right" people on a board. We all know what the issues are and we all work together. Our board, at least, works very well together to address these issues. I think having people go through elections would be very difficult and would bring the political process back in.

ce moment, au niveau communautaire, les gens sont frustrés parce qu'ils ne peuvent pas être admis dans une maison de soins infirmiers, ou ils ne peuvent pas obtenir que leurs parents soient admis dans un centre d'accueil, mais les gens essaient de régler les problèmes, ils essaient de trouver leurs propres solutions de rechange.

Dans notre région, des membres de groupes religieux collaborent pour mettre sur pied des programmes de garderie pour les personnes âgées. Tous ces groupes de soutien prennent naissance dans des clubs de l'âge d'or ou, comme je l'ai dit, les églises travaillent pour trouver une solution. Pour l'instant, je ne crois pas que la question sera réglée de sitôt parce qu'il y a des problèmes importants.

Encore une fois, ma partialité attribuable à mon travail dans la collectivité me dit qu'il y a des solutions dans nos collectivités. Les gens se mettent ensemble et trouvent des solutions à ces problèmes systémiques. C'est une autre façon d'investir dans nos collectivités, de les faire travailler ensemble pour régler ces problèmes. Dans toute la province, chaque conseil de santé de chacune des neuf régions travaille probablement avec des groupes de personnes âgées à la mise sur pied de programmes de garderie ou de programmes destinés aux personnes âgées.

En ce moment, c'est un compromis extrêmement difficile, mais c'est un compromis dont il faut discuter à l'échelle nationale. Les gens parlent continuellement de valeurs, mais il est difficile de vraiment connaître les valeurs des gens sur cette question. Une fois de plus, ma partialité vis-à-vis des collectivités est que l'on peut trouver des solutions à ce niveau. Il ne s'agit pas de solutions complètes, mais il y a des petites choses que nous pouvons faire à ce niveau pour régler un certain nombre de ces problèmes.

**Le sénateur Callbeck:** Monsieur Sommers, je voulais vous parler des conseils de santé communautaire. Vous avez dit qu'il y en avait 37 en Nouvelle-Écosse. Vos bénévoles, sont-ils élus? Sont-ils nommés?

**M. Sommers:** Ils ne sont pas élus comme dans l'Ouest. Vous entrez dans un conseil de santé communautaire par le biais d'un processus de demande. Les gens présentent un CV et sont soumis à un processus de sélection. Dans notre région du moins, il faut répondre à des questions standard et il y a un système d'attente pour nous assurer que nous avons des personnes qui sont axées sur la collectivité, qui peuvent apporter un aspect différent, ou qui peuvent apporter certains aspects de la collectivité à notre conseil. Mais nous ne sommes pas élus. Dans les études que j'ai menées, j'ai constaté qu'à Saskatoon les gens étaient élus, mais ils ont des taux de participation épouvantables. Seulement 10 p. 100 des gens participent à ces élections. Cela ne me semble pas une façon de faire très efficace. De plus, je pense que les élections font intervenir le facteur politique.

Ce qu'il y a de fantastique dans le travail au niveau de la collectivité, c'est que tout le spectre politique disparaît. Il n'y a pas de gens «de la gauche ou de la droite» au sein d'un conseil. Nous connaissons tous les problèmes et nous travaillons tous ensemble. Notre conseil du moins travaille très bien ensemble à régler ces problèmes. Je pense qu'il serait très difficile pour les gens de se soumettre à des élections, et cela ne ferait qu'amener dans le portrait le processus politique.

Just on another note: In Nova Scotia we have these nine district health authorities. There have been recent changes to legislation, and also past legislation, that two-thirds of the membership on a regional or a district health authority must come from the community. Thus the community health board takes people to be on these boards who they feel represent their community and will advocate for the issues. There is some trade-off between the elected and non-elected system.

**Senator Callbeck:** Who makes the final decision, the regional boards or who?

**Mr. Sommers:** No, at the community level for the community health board, we set up an external group that is not directly involved in the health board. That external group is made up of former health board members from a different region. They go through the screening process and they are sort of disconnected, so they have an unbiased view in going through all of the applicants.

**Senator Callbeck:** You mentioned that you do surveys, you do focus groups and you come up with a community health plan, is that right?

**Mr. Sommers:** Yes.

**Senator Callbeck:** How do you implement that? Do you have any budget or do you have to go to the region for funding?

**Mr. Sommers:** One of the neat things that just happened on January 1 this year is that we were legislated, meaning that we no longer have an advisory role; that what we produce for the health plan has to be addressed by a regional structure, namely, the district health authority. The problem is that it is how they address that, and when they address it, that is an issue.

However, the health plan is basically our strategic document. We identify the issues through our consultations and then, based on what the community says and, again, based on the evidence, we try to develop ways to address the issues in our community. This could be by trying to identify both the issue and the solution, and bringing them closer together. This could entail just working with other groups or it could entail advocating for a community, going beyond health care structure, and perhaps going to the Department of the Environment or the Department of Justice to take these issues forward.

The greatest thing about this recent change is that it gives us a lot more power. I think most health board people would say that since we are now legislated, we feel we have a greater say in the health of our communities. Most people do not necessarily feel that they are tied to the district health authority; that they feel tied closer to their community. They do not like the idea of being a mouthpiece for the district health authority.

Un dernier point: en Nouvelle-Écosse, nous avons neuf autorités sanitaires de district. Il y a eu récemment des modifications aux lois, et c'était aussi dans des lois antérieures, stipulant que les deux tiers des membres d'une autorité sanitaire de district ou régionale doivent venir de la collectivité. Ainsi, le conseil de santé communautaire prend des gens qui feront partie de ces conseils et qui représenteront leurs collectivités et défendront les questions qui les touchent. C'est un compromis entre un système avec élection et un système sans élection.

**Le sénateur Callbeck:** Qui prend la décision finale, le conseil régional ou quelqu'un d'autre?

**M. Sommers:** Non, au niveau de la collectivité en ce qui concerne le conseil de santé communautaire, nous constituons un groupe externe qui ne participe pas directement aux travaux du Conseil de santé. Ce groupe externe se compose d'anciens membres du conseil de santé d'une autre région. Ces personnes sont soumises au processus de sélection et sont en quelque sorte débranchées de la situation. Elles ont donc un point de vue impartial lorsqu'elles examinent les candidatures.

**Le sénateur Callbeck:** Vous avez mentionné que vous réalisez des sondages, que vous créez des groupes de concertation et que vous élaborez un plan de santé communautaire, n'est-ce pas?

**M. Sommers:** Oui.

**Le sénateur Callbeck:** Comment le mettez-vous en oeuvre? Avez-vous un budget ou demandez-vous du financement à la région?

**M. Sommers:** Une des choses agréables qui s'est produite le 1<sup>er</sup> janvier de cette année, c'est que nous sommes prévus par la loi, ce qui veut dire que nous n'avons plus un rôle consultatif; que ce que nous produisons pour le plan de santé doit être examiné par une structure régionale, à savoir l'autorité sanitaire de district. Le problème est que c'est de cette façon qu'ils font les choses, et lorsqu'ils le font, c'est un problème.

Cependant, le plan de santé est essentiellement notre document stratégique. Nous cernons les problèmes par nos consultations et ensuite, en fonction de ce que dit la collectivité et, une fois de plus, en fonction des preuves réunies, nous essayons de trouver des façons de régler les problèmes dans notre collectivité. Il pourrait s'agir de cerner à la fois le problème et la solution, et de les rapprocher. Il pourrait s'ensuivre que l'on travaille avec d'autres groupes ou que l'on prend la défense d'une collectivité, que l'on va au-delà de la structure des soins de santé et peut-être qu'on se rend au ministère de l'Environnement ou au ministère de la Justice pour faire progresser ces affaires.

Ce qu'il y a de plus formidable au sujet de ce récent changement, c'est qu'il nous donne beaucoup plus de pouvoirs. Je pense que la plupart des gens qui font partie des conseils de santé diraient que depuis que les conseils sont prévus par la loi, nous avons l'impression d'avoir beaucoup plus notre mot à dire dans les affaires de santé de nos collectivités. La plupart des gens n'ont pas nécessairement l'impression d'être liés à l'autorité sanitaire de district; ils estiment être liés de façon plus étroite à leur collectivité. Ils n'aiment pas l'idée d'être des porte-parole de l'autorité sanitaire de district.



I think it is really an empowering process, too. I think people are really willing to work hard and take issues forward. It is one part of the community health board model, a very new idea which has really not been adopted elsewhere. I know in Alberta they have community health councils, but they only have an advisory role. If the government has concerns or questions, they usually go to these councils but the councils do not usually have a decision making or a power role.

**Senator Callbeck:** You say that it has just been legislated this year. How long has it been in effect, though?

**Mr. Sommers:** The councils came in in 1995, so from 1995 until recently, they were primarily advisory. Then we went through what you will probably recall as the process of Bill 34, which is now Act 34. That sort of changed our structure and it gave us a lot more say in the health issues influencing our communities.

**Senator Callbeck:** I have one question for Dr. Kephart. You talked about transfer payments and you mentioned the CHST, that it should not be on this per capita basis; that there should be other factors involved there such as need, and so on. Then you mentioned equalization payments. I take it you agree with that program as it is, or do you think there should be ten provinces involved in the figure rather than five?

**Dr. Kephart:** Politically, what we have seen on the national level is that provinces have crunched the numbers, and have come to realize that pushing for changes in equalization may be more lucrative than pushing for changes in CHST. However, I would agree that equalization should probably be based on a 10-province formula. One of the interesting things in Canada is that, at the provincial level, the concepts are not big issues in many ways.

At the provincial level in Nova Scotia, for example, or in Prince Edward Island, we would see that the amount of revenue raised per capita in some parts of the province would be far less than the amount of revenue raised per capita in other parts of the province. Yet I do not think that, at a policy level, we would envision that the amount of resources that should be provided should be tied to the revenue-generating capacity of that part of the province. Nationally, however, we do that. Nationally, equalization is partially addressing this issue, but the amount of revenue available nationally to pay for social programs is tied to the revenue-generating capacity of provinces.

There is one other area where this is the case, and that is at the municipal level. Where municipal resources are raised through municipal tax systems, it is still the case that the amount of revenue available to municipalities to pay for certain services is linked to their revenue-generating capacity. I think there ought to be a principle here that, when it comes to social programs, the social programs you can afford ought not to be linked to your

Je pense que c'est vraiment un processus d'habilitation aussi. Je pense que les gens sont vraiment disposés à travailler ferme et à faire progresser les questions. C'est une partie du modèle du conseil de santé communautaire, une idée très nouvelle qui n'a pas vraiment été adoptée ailleurs. Je sais qu'ils ont des conseils de santé communautaire en Alberta, mais ils n'ont qu'un rôle consultatif. Si le gouvernement a des préoccupations ou des questions, il va habituellement à ces conseils, mais les conseils n'ont pas habituellement un rôle dans la prise de décision.

**Le sénateur Callbeck:** Vous dites que c'est seulement cette année que l'existence des conseils a été prévue par la loi. Depuis quand existent-ils?

**M. Sommers:** Les conseils ont été créés en 1995, de sorte que de 1995 à tout récemment, ils n'avaient qu'un rôle principalement consultatif. Puis nous avons eu le projet de loi 34 qui est devenu la loi 34. C'est ce qui a modifié notre structure et nous a donné un rôle beaucoup plus important dans les questions de santé touchant nos collectivités.

**Le sénateur Callbeck:** J'ai une question à l'intention du Dr Kephart. Vous avez parlé des paiements de transfert et vous avez mentionné le TCSPS, qu'il ne devrait pas être un transfert par habitant, que d'autres facteurs devraient être pris en compte, notamment les besoins, et tout le reste. Ensuite, vous avez mentionné les paiements de péréquation. J'en déduis que vous êtes d'accord avec ce programme dans sa forme actuelle, ou pensez-vous qu'on devrait en faire un programme à dix provinces plutôt qu'à cinq?

**Le Dr Kephart:** Sur le plan politique, ce que nous avons vu à l'échelle nationale, c'est que les provinces ont fait des calculs et se sont rendu compte qu'il serait peut-être plus payant de demander des changements à la péréquation qu'au TCSPS. Cependant, je dirais que la péréquation devrait être probablement fondée sur une formule à dix provinces. Un des points intéressants au Canada, c'est qu'au niveau provincial, les notions sont loin d'être des grands problèmes.

Au niveau provincial en Nouvelle-Écosse, par exemple, ou à l'Île-du-Prince-Édouard, nous verrions que les recettes par habitant dans certaines parties de la province seraient beaucoup moindres que les recettes par habitant dans d'autres parties de la province. Pourtant, je ne pense pas qu'au niveau de la politique nous envisagerions que le montant des ressources à fournir devrait être lié à la capacité fiscale de cette partie de la province. Cependant, à l'échelle nationale, c'est ce que nous faisons. À l'échelle nationale, la péréquation tient compte en partie de cette question, mais le montant des recettes disponibles à l'échelle nationale pour payer pour les programmes sociaux est lié à la capacité fiscale des provinces.

Il y a un autre secteur où c'est le cas, et c'est le niveau municipal. Dans le cas de ressources municipales provenant des systèmes d'imposition des municipalités, les recettes dont disposent les municipalités pour payer certains services sont liées à leur capacité fiscale. Je pense que l'on devrait adopter un principe selon lequel, quand il s'agit de programmes sociaux, les programmes sociaux que vous pouvez vous permettre ne devraient

revenue-generating capacity, because once you go down that road, you are heading down a slippery slope.

One illustration of this occurred in a very widely-cited study, which you probably heard about in your deliberations, published in the *British Medical Journal* last year. That study showed that income inequality in the U.S. is highly associated with mortality; income inequality in Canada is not nearly as highly associated with mortality.

This finding has been widely talked about in Canada. One of the main hypotheses about why this is the case has to do with the provision of public goods: that the education system in the U.S. is linked to the municipal tax base. In Canada, our education system is largely paid for through our provincial tax base, so we have a more equitable distribution of our education funding. In fact, we have a more equitable distribution of the whole range of government services in Canada than we see in the U.S. In addition, new studies that these same people are doing show that the U.S. is the aberration: that in other countries which have a Canadian-style system of distribution of public goods, we do not see that strong relationship between income inequality and mortality.

I think it is important to look at what we do federally, in contrast to what we do provincially. We need to fall back on basic principles here, and yes, equalization should be based on the 10-province formula. The revenue-generating capacity of a province ought not to be linked to its ability to provide services, because otherwise you will be going down the slippery slope of growing inequality and ability to provide basic social services.

**Senator Cook:** I would like to focus for a moment or two on population health, and I notice, Dr. Leddin, that you advocate increased federal involvement to set national goals. Ryan, if I may call you that, you recommend that the federal government legislate population health. Given that the provinces implement the goals that are set out, or whatever, or they have some say in this process, how do you see the implementation? In other words, once you legislate or you set national goals or standards, how do you see the implementation of those in the provinces? How do you see that working itself out?

**Dr. Leddin:** I think, throughout your report, there are a number of areas where the tension between an increased federal role in health care and the provincial role comes out. It is not just in this one but in funding, and in a number of other areas as well.

However, the provinces, perhaps because of disparities in wealth or in current intent, do not necessarily seem to focus on a uniform set of goals for problems that are common to everyone. The manpower, for example, or human resources, is a perfect example of that. We have seen net migration of health care workers to richer provinces because salaries are higher. That

pas être reliés à votre capacité fiscale car une fois que vous avez adopté cette route, vous êtes sur une pente glissante.

Nous en avons un exemple dans une étude à laquelle on fait très souvent référence, dont vous avez probablement entendu parler dans le cadre de vos travaux, publiée dans le *British Medical Journal* l'année dernière. Cette étude révélait que l'inégalité des revenus aux États-Unis est fortement associée à la mortalité; au Canada, l'inégalité des revenus n'est vraiment pas aussi fortement associée à la mortalité.

Il a beaucoup été question de cette constatation au Canada. Une des principales hypothèses à ce sujet a trait à la prestation des services publics; ce serait parce que le système d'éducation aux États-Unis est lié à l'assiette fiscale municipale. Au Canada, notre système d'éducation est en grande partie payé par notre assiette fiscale provinciale de sorte que nous avons une répartition plus équitable du financement de notre éducation. En fait, nous avons une répartition plus équitable de tout l'éventail des services gouvernementaux au Canada qu'aux États-Unis. En outre, de nouvelles études réalisées par les mêmes personnes indiquent que les États-Unis constituent l'aberration: que dans d'autres pays dont le système de distribution des services publics ressemble à celui du Canada, nous ne voyons pas un lien aussi fort entre l'inégalité du revenu et la mortalité.

Je pense qu'il est important que nous examinions ce que nous faisons au niveau fédéral, comparativement à ce que nous faisons au niveau provincial. Nous devons nous replier sur des principes de base dans ce cas-ci, et oui, la péréquation devrait reposer sur la formule à dix provinces. La capacité fiscale d'une province ne devrait pas être liée à sa capacité de fournir des services, car autrement vous vous retrouverez sur la pente glissante d'une inégalité croissante dans la capacité de fournir des services sociaux de base.

**Le sénateur Cook:** J'aimerais me concentrer pendant un instant ou deux sur la santé de la population et je remarque, docteur Leddin, que vous préconisez une participation accrue du fédéral à la détermination des objectifs nationaux. Ryan, si je peux vous appeler ainsi, vous recommandez que le gouvernement fédéral prévoit dans ses lois la santé publique. Compte tenu que les provinces mettent en oeuvre les objectifs qui sont établis, ou peu importe, ou qu'elles ont leur mot à dire dans le processus, comment voyez-vous cette mise en oeuvre? Autrement dit, une fois que vous avez adopté une mesure législative ou que vous avez établi des normes ou des objectifs nationaux, comment en voyez-vous la mise en oeuvre dans la province, comment pensez-vous que cela se fera?

**Le Dr Leddin:** Dans votre rapport, je pense qu'il y a plusieurs secteurs où l'on fait ressortir la tension entre un rôle accru du fédéral dans les soins de santé et le rôle des provinces. Ce n'est pas le seul secteur, on le voit dans le financement et plusieurs autres secteurs.

Cependant, les provinces ne semblent pas nécessairement se concentrer sur un ensemble uniforme d'objectifs pour les problèmes communs à tous et c'est peut-être en raison des disparités au niveau de la richesse ou de l'intention actuelle. Prenons la main-d'oeuvre ou les ressources humaines. Voilà l'exemple parfait. Nous avons constaté une migration nette des



comes as perhaps a loss to the poorer provinces. The constant poaching from Memorial would be an example of that, too. Those kind of issues transcend provincial boundaries and I think there is a strong role for a federal government in setting goals in both human resources and population outcomes.

In this country, there are always tensions between the two levels of government, and I would be astonished if those ever went away. But, clearly, in my opinion, the federal government, even though its percentage share of total spending is quite small now, still it has a very significant role in overall steering. Many of the main population health initiatives, particularly with regard to prevention, which has a long term focus as opposed to a shorter term focus, that you might argue should be provincial are probably best served by a federal approach.

**Mr. Sommers:** We are stepping on the grounds of federal and provincial relationships, which is a science in itself. The national government does have a strong say in the health of the population. Probably the best example right now is the healthy child development initiative that came into place a couple of years ago. It is really a perfect example of how the federal government is attacking the public health issue. The problem is that research on the issue of health keeps seeing that income and the importance of social status and of social support is important as well. Turning that around and applying that to practice, which is extremely difficult, as I mentioned in my brief, requires a new way of thinking. It requires a considerable political will and a way in which to work with others, too. We say that we should legislate it, because that is the most extreme way we could think of to move toward that type of model.

With regard to setting goals, we have all seen them fail before. I gave the example of child poverty. We said in the late eighties or early nineties that we intend to reduce child poverty by the year 2000, but over that time it has increased. It is a matter of achieving goals, which sometimes do not get addressed at all, and thus it becomes a subject for legislation.

There is probably something that exists there in between, and perhaps it really comes down to a question of leadership. Who will stand up and take this role? I think we all have a part to play in that. There is, of course, the federal and the provincial people as well, but as common, everyday citizens, we too must start to take a greater role in these issues.

These are extremely difficult issues. This is a whole science in itself, and it will probably take a couple of more years of research and work until something comes about, and then another couple of more years of actually moving towards a type of model. Thus we recommend the legislation route because it is the most extreme, and we thought, why not be extreme?

travailleurs de la santé vers les provinces plus riches parce que les salaires y sont plus élevés. C'est peut-être une perte pour les provinces plus pauvres. Le maraudage constant dont l'Université Memorial est victime serait un autre exemple. Les problèmes de ce genre transcendent les frontières provinciales et je pense que le gouvernement fédéral a un rôle important à jouer dans l'établissement des objectifs à la fois sur le plan des ressources humaines et des résultats pour la population.

Au Canada, il y a toujours des tensions entre les deux paliers de gouvernement, et je serais étonné qu'un jour elles disparaissent. Mais, à mon avis, il ne fait aucun doute que le gouvernement fédéral, même si sa part en pourcentage des dépenses totales est assez petite en ce moment, a un rôle très important à jouer dans l'orientation globale. Un grand nombre des principales initiatives en matière de santé de la population, en particulier pour ce qui est de la prévention, qui a un objectif à long terme plutôt qu'à court terme, qui devraient être provinciales sont probablement mieux desservies par une approche fédérale.

**M. Sommers:** Nous nous embarquons dans les questions de relations fédérales-provinciales, qui sont une science en soi. Le gouvernement national n'a pas un grand mot à dire dans la santé de la population. Le meilleur exemple en ce moment est probablement le projet de développement des enfants en santé qui a vu le jour il y a quelques années. C'est l'exemple parfait de la façon dont le gouvernement fédéral attaque la question de la santé publique. Le problème est que la recherche sur la question de la santé continue d'être axée sur le revenu et que l'importance du statut social et du soutien social est grande. Procéder dans l'autre sens et l'appliquer à la pratique, ce qui est extrêmement difficile, comme je l'ai indiqué dans mon mémoire, nécessite une nouvelle façon de penser. Il faut une volonté politique énorme et une façon de travailler avec les autres. Nous disons que nous devrions le prévoir dans la loi parce que c'est la façon la plus extrême à laquelle nous pouvions penser pour aller vers ce type de modèle.

Quant à l'établissement des objectifs, nous les avons tous vus échouer auparavant. J'ai donné l'exemple de la pauvreté des enfants. Nous disions à la fin des années 80 ou au début des années 90 que nous comptions réduire la pauvreté des enfants avant l'an 2000, mais elle s'est accrue au cours de cette période. C'est une question d'atteindre des objectifs auxquels on ne s'attaque parfois pas du tout, et cela devient matière à législation.

Il y a probablement quelque chose entre les deux, et c'est peut-être uniquement une question de leadership. Qui va assumer ce rôle? Je pense que nous avons tous un rôle à jouer là-dedans. Évidemment, il y a le fédéral et le provincial, mais en notre qualité de citoyens ordinaires, nous devons également commencer à jouer un rôle plus important dans ces questions.

Ce sont des questions extrêmement difficiles. C'est vraiment une science en soi et il faudra encore probablement quelques années de recherche et de travail pour que l'on ait des résultats, et ensuite encore quelques années pour passer vers un type de modèle. Nous recommandons donc de passer par les mesures législatives parce que c'est la méthode la plus extrême et que nous nous sommes dits pourquoi ne pas agir de façon extrême.

**Senator Cook:** Yesterday in Newfoundland I listened to a population health witness talk about the size of the envelope and having to set priorities, and some of them just have to be done first, like immunization, home care, and the other front line things that you need to take care of. However, there never seems to be anything left for wellness, for obesity classes, for well baby clinics, for neo-natal moms with breast feeding problems. The programs, the education, we never seem to be able to get there because the envelope is so small that the priorities are still in the illness corner, and we cannot seem to move out to wellness.

The other thing that concerns me now as I read the daily papers is the whole new issue of immunization, anthrax, smallpox, and the list goes on. We have not heard about the cost yet. We have heard about the need, and I read yesterday that there is talk of vaccination or immunization for smallpox. Who will deliver it? Who will manage the availability? Where will it go? Possibly, because I see immunization in population health now, it may go there, but wherever it goes, it will impact on an already overburdened system.

I would like your comment on that, any comments from any one of you.

**Mr. Sommers:** September 11 has definitely changed everything in terms of public health. Switching from the acute model to a more preventive type of model is extremely difficult. People keep saying that we need more resources. Others say that we should take resources from elsewhere, or bring in some sort of resource sharing plan, which, again, is difficult to do. It is an extremely difficult question.

This will be a difficult shift. I do not know how we will do it. Again, I think it comes down to leadership within our communities, and that we will have to start pressuring our governments and other leaders to think of this other approach.

What we hear at the community level is that people want to move to this population health model. They know what is important to them. Again, the difficult part is that it is very tricky. I think we would probably do it on a regional-local level. I think at a regional level we can address issues, sub-priorities or goals to challenge these health issues.

However, there are still broader issues. For example, income inequality is a huge determinant of health. One of the things we could do is flatten out the income distribution system, which you could do, but politically I do not think that the people at the Fraser Institute would like that very much.

**Dr. Rockwood:** Yes, I think one of the subtleties in terms of knowing how to prioritize within health care, which we are vulnerable to having go wrong right now, is that many of the things that are being promoted as being good, health-promoting

**Le sénateur Cook:** Hier, à Terre-Neuve, j'écoutais un témoin du secteur de la santé publique parler de la taille de l'enveloppe et de l'établissement des priorités, qu'il y en a certaines qui doivent venir en premier, comme l'immunisation, les soins à domicile, et les autres aspects des premières lignes dont il faut s'occuper en premier lieu. Cependant, il ne semble jamais rester quoi que ce soit pour le mieux-être, pour les problèmes d'obésité, pour les cliniques de puériculture, pour les mères qui viennent de donner naissance et qui ont des problèmes d'allaitement. Les programmes, l'éducation, nous semblons ne jamais pouvoir y parvenir parce que l'enveloppe est trop petite et que les priorités continuent d'être du côté des maladies, et nous ne semblons pas pouvoir aller vers le mieux-être.

L'autre chose qui me préoccupe en ce moment, c'est toute la nouvelle question de l'immunisation, de la maladie du charbon, de la variole et la liste n'en finit plus. Nous n'avons encore pas entendu parler du coût. Nous avons entendu parler du besoin et je lisais hier qu'on parle de vaccination ou d'immunisation contre la variole. Qui le fera? Qui va gérer la disponibilité? À qui va-t-on la confier? Elle va peut-être aller au secteur de la santé de la population parce que je vois l'immunisation dans ce secteur, mais peu importe où elle va, elle aura une incidence sur un système déjà surchargé.

J'aimerais entendre vos commentaires à ce sujet, quiconque autour de la table.

**M. Sommers:** Le 11 septembre a de toute évidence modifié la situation pour ce qui est de la santé publique. Il est extrêmement difficile de passer du modèle aigu au modèle de la prévention. Les gens n'arrêtent pas de dire que nous avons besoin de plus de ressources. D'autres disent que nous devrions prendre les ressources ailleurs ou mettre en place un programme de partage des ressources, ce qu'il est difficile de faire, une fois de plus. C'est une question extrêmement difficile.

Le changement sera difficile. Je ne sais pas comment nous allons nous y prendre. Encore une fois, je pense que c'est une question de leadership au sein de nos collectivités, et nous allons devoir commencer à exercer des pressions sur nos gouvernements et d'autres dirigeants pour songer à cette autre approche.

Ce que nous entendons au niveau de la collectivité, c'est que les gens veulent passer au modèle de la santé de la population. Ils savent ce qui est important pour eux. Une fois de plus, la partie difficile, c'est que c'est très délicat. Je pense que nous le ferions probablement à un niveau régional-local. Je pense que nous pouvons examiner au niveau régional les questions, les priorités secondaires ou les objectifs pour régler ces questions de santé.

Cependant, il y a des questions plus larges. Par exemple, l'inégalité du revenu est un énorme déterminant de santé. Une des choses que nous pourrions faire serait d'aplanir le système de répartition du revenu, ce que vous pourriez faire, mais sur le plan politique je ne pense pas que les gens de l'Institut Fraser apprécieraient beaucoup.

**Le Dr Rockwood:** Oui, je pense qu'une des subtilités pour ce qui est de savoir comment établir les priorités dans les soins de santé, c'est qu'il y a de nombreux aspects dont on fait la promotion comme étant de bons facteurs de promotion de la santé



factors and wellness-promoting factors do not have an evidence base that would support their being taken up in a broad way. There appear to be two ways in which people are approaching this issue: One is to say that certain of these factors should not be held to the same standard of science, which I think is the wrong approach. However, given the way that we have funded health research up until now, we cannot possibly hope for that view to compete with evidence of effectiveness which is funded by a multi-billion dollar multinational pharmaceutical industry. Thus, if we say that things must have an evidence base, we put them on an equal playing field.

At the same time, if we do not invest in the effectiveness assessment of these more low-tech things, then we will not really know how to advocate for particular wellness programs. I think that is an important point that needs to be made.

**Dr. Kephart:** I would like to applaud that comment. It is very interesting that when you look at, for example, even the current approval process around medications, the focus is on efficacy and safety. We have all of these trials, for example, comparing new medications with placebos when, in fact, from an efficiency point of view, one of the things we need to know more about is the effectiveness of the new medication relative to other types of medication that are currently being used, or the effectiveness of this medication relative to the herbal remedy that is being frequently used. In my mind, this is an absolutely critical issue that needs to be addressed in the way we approach research and in the way we approach research funding.

I am concerned that continued focus on matching funds for research from the private sector will continue to steer a large share of our federal health care funding going into efficacy research down the same track that we have been going in the past, which is not focussed on some of the key, most important policy questions that we need to be addressing around relative effectiveness of different treatments and interventions.

**Senator Léger:** First of all, I would like to thank you, Dr. Leddin, for the compliment that you gave us at the beginning, that we had gone through this all day, and that I am not a specialist. I am new here, but I would just like to say one thing: You mentioned how difficult it was, and wondered why it was so difficult to have a rational debates without polarization. Let me concede that we know that. You were also talking about an increase in patient responsibility.

Can you tell me, is the gap between non-professionals and professionals, and between highly professionals and specialists — and I am going more and more with that description — is the gap between those groups shrinking a little bit?

**Dr. Leddin:** The economic gap?

**Senator Léger:** The knowledge gap. I think the polarization is a kind of self defence.

et facteurs de promotion du mieux-être ne reposent pas sur des preuves qui justifieraient qu'on s'en serve de façon générale. Les gens semblent approcher cette question de deux façons. Une est de dire qu'un certain nombre de ces facteurs devraient respecter la même norme scientifique, ce qui d'après moi est la mauvaise approche. Cependant, compte tenu de la façon dont nous avons financé la recherche en santé jusqu'à maintenant, nous ne pouvons probablement pas compter que ce point de vue résistera face aux preuves d'efficacité qui elles sont financées par une industrie pharmaceutique multinationale de plusieurs milliards de dollars. Donc, si nous disons que les choses doivent reposer sur des preuves, nous les mettons sur un pied d'égalité.

En même temps, si nous n'investissons pas dans l'évaluation de l'efficacité de ces mécanismes à plus faible coefficient de technologie, alors nous ne saurons pas vraiment comment défendre des programmes de mieux-être. Je pense que c'est un point important qu'il faut souligner.

**Le Dr Kephart:** Je souscris entièrement à cette observation. Il est très intéressant de constater, lorsque vous prenez par exemple le processus actuel d'approbation des médicaments, que l'accent est mis sur l'efficacité et la sécurité. Il y a toutes sortes d'essais qui se font, par exemple, pour comparer des nouveaux médicaments à des placebos alors qu'en réalité, du point de vue de l'efficacité, ce que nous devons connaître, c'est l'efficacité du nouveau médicament par rapport aux autres types de médicaments que l'on utilise actuellement, ou l'efficacité de ce médicament par rapport à un remède à base de plantes médicinales qui est souvent utilisé. Dans mon esprit, il s'agit d'un problème absolument critique que nous devons examiner, c'est-à-dire notre approche de la recherche et notre approche du financement de la recherche.

Ce qui m'inquiète, c'est que l'accent continu mis sur les fonds de contrepartie pour la recherche du secteur privé continuera d'orienter une grande partie de notre financement des soins de santé au niveau fédéral dans la recherche sur l'efficacité dans la même voie que par le passé, à savoir qu'elle ne porte pas sur les questions de politique les plus importantes que nous devons examiner quant à l'efficacité relative de différents traitements et interventions.

**Le sénateur Léger:** Tout d'abord, j'aimerais vous remercier, docteur Leddin, pour le compliment que vous nous avez fait au début, d'avoir entendu tous ces témoignages tout au long de la journée, et que je ne suis pas une spécialiste. Je suis nouvelle ici, mais j'aimerais dire seulement une chose: vous avez dit que c'était très difficile, et vous vous êtes demandé pourquoi il était si difficile d'avoir des discussions rationnelles sans qu'il y ait polarisation. Je l'admets, nous le savons. Vous avez également parlé d'une plus grande responsabilité des patients.

Pouvez-vous me dire, est-ce que l'écart entre les professionnels et les non-professionnels, entre les très spécialisés et les spécialistes, est-ce que l'écart entre ces groupes diminue un peu?

**Dr Leddin:** L'écart économique?

**Le sénateur Léger:** L'écart au niveau des connaissances. Je pense que la polarisation est un mécanisme d'autodéfense.

**Dr. Leddin:** I think the difficulty with having the debate is linked to the patient responsibility element for sure, because people have no understanding of what the costs are, or what the choices are. I would imagine at the community-based level, it is very nice to make recommendations about long term programs, but I doubt that anyone would be willing to close a coronary care unit bed to achieve them. As you say, the choices are very difficult.

With regard to the gap in knowledge, I think it is actually blurring a bit. Certainly if you look at the nurse specialists whom we have working with us, after four years of nursing school they then do a masters degree for two years, and they have the equivalent training of a physician coming out.

**Senator Léger:** What about the ordinary people? Are they beginning to be more open to change, perhaps because of television programs such as we see on Discovery and the Learning Channel? Is it a bit better?

**Dr. Leddin:** That is a very interesting question. Some of them are certainly more open, and some of them are reverting to pre-Galileo science in that it is a belief system rather than a science-based system. It is quite an interesting situation. A great number of people are actually moving away completely from an evidence-based, scientific medicine to something that is more of an actual belief system. It is quite odd.

**Dr. Rockwood:** Let me just make one point about that. Sometimes when people come to us, the knowledge gap is partly a knowledge gap and sometimes it is an expectation gap. It is often salutary for us to understand what their expectation is, and then to understand that the evidence that we have will not help them reach a determination of whether their expectation will be met. For example, there is a huge debate right now about whether the new Alzheimer drugs work. When I am asked about that by a patient and I go to the scientific literature on this, none of the things that they are interested in knowing about are actually demonstrated within that body of work, which has been assembled there at the cost of tens of millions of dollars. None of my patients ask me, "At the end of this will I be able to spell 'world' backwards better than I can do right now?" Yet that has a determining influence on whether or not we understand how the drugs work. I am not picking on the Alzheimer group, because in some ways they have done more about this than have other groups. However, very few of the ways that we have chosen to evaluate the effectiveness of what we do right now takes into account patient preferences. Part of the reason you have noticed that groups retreat into a defensive posture is that they cannot really answer the question in the way that the question is put to them. Once again, the instinct within medicine is sometimes to say, "Gee, I wish we could do it in that way," but very often it is to insist that knowing how to spell "world" backwards is actually the preferred thing to be able to do, and the question that you raised is not very important. I would hope that one of the changes that coping with the aging boomer population will bring about is that it will no longer be acceptable to evaluate drugs and

**Dr Leddin:** Je pense que la difficulté dans ce débat tient à la responsabilité des patients, parce que les gens n'ont pas idée des coûts, ou des choix. Je suppose qu'au niveau communautaire, c'est bien beau de faire des recommandations au sujet de programmes à long terme, mais je ne pense pas que quiconque serait prêt à fermer une unité de soins coronariens pour les réaliser. Comme vous le dites si bien, les choix sont très difficiles.

Pour ce qui est de l'écart au niveau des connaissances, je pense que c'est un peu flou. Si vous prenez l'exemple des infirmières spécialisées avec lesquelles nous travaillons, elles font quatre années d'études dans une école de sciences infirmières, puis elles font une maîtrise de deux ans, ce qui leur donne une formation équivalente à celle d'un médecin diplômé.

**Le sénateur Léger:** Qu'en est-il des gens ordinaires? Commencent-ils à être plus ouverts aux changements, en raison peut-être des émissions de télévision que nous voyons à *Discovery* et au Learning Channel? Est-ce que ça s'améliore?

**Dr Leddin:** Vous me posez une question très intéressante. Il y en a qui sont certainement plus ouverts, et d'autres qui reviennent à la science avant Galilée en ce sens qu'il s'agit d'un système de croyances plutôt qu'un système scientifique. C'est une situation passablement intéressante. Il y a beaucoup de gens qui s'éloignent complètement de la médecine scientifique pour adopter quelque chose qui ressemble davantage à un système de croyances. C'est assez bizarre.

**Dr Rockwood:** Permettez-moi de souligner un point à ce sujet. Parfois, lorsque des gens viennent nous voir, l'écart au niveau des connaissances est partiellement un écart au niveau des connaissances et parfois il s'agit d'un écart au niveau des attentes. Pour nous, c'est souvent salutaire de comprendre leurs attentes, et ensuite de comprendre que les preuves dont nous disposons ne les aideront pas à déterminer si leurs attentes seront satisfaites. Par exemple, il y a un énorme débat en ce moment au sujet des médicaments pour lutter contre la maladie d'Alzheimer. Lorsqu'un patient me pose des questions à ce sujet et que je lui donne des renseignements scientifiques, les preuves scientifiques accumulées à coup de dizaines de millions de dollars n'apportent absolument rien à ce que ces patients sont intéressés de savoir. Il n'arrive jamais que mes patients me demandent: «À la fin de tout cela, est-ce que je vais pouvoir épeler le mot «monde» à rebours mieux que je le fais maintenant»? Pourtant, cela a une incidence déterminante pour savoir si nous comprenons ou non le fonctionnement des médicaments. Je ne m'en prends pas du tout au groupe Alzheimer, parce qu'à certains égards ils ont fait davantage à ce sujet que d'autres groupes. Cependant, très peu des méthodes que nous avons choisies pour évaluer l'efficacité de ce que nous faisons en ce moment tiennent compte des préférences des patients. Le fait que les groupes adoptent une position défensive s'explique en partie du fait qu'ils ne peuvent pas répondre à la question de la façon qu'elle leur est posée. Encore une fois, instinctivement en médecine, nous allons dire: «Que j'aimerais le faire de cette façon», mais souvent c'est d'insister sur le fait que de savoir épeler le mot «monde» à rebours est en réalité la chose qu'il faut pouvoir faire, et la question que vous posez



technologies without taking patient preferences into account, because we sure get away with it now.

**The Deputy Chairman:** I wish to thank Mr. Sommers, Dr. Leddin, Dr. Rockwood, and Dr. Kephart for bearing with us here. It has been a very fascinating hour and a half.

The committee adjourned.

n'est pas très importante. J'espère que l'un des changements en ce qui concerne la population vieillissante de la génération du baby-boom permettra de faire en sorte qu'il ne soit plus acceptable d'évaluer les médicaments et les technologies sans tenir compte des préférences des patients, parce que c'est ce que nous faisons en ce moment.

**La vice-présidente:** Je tiens à remercier M. Sommers, le Dr Leddin, le Dr Rockwood et le docteur Kephart de leur patience. Nous venons de passer une heure et demie très intéressante.

La séance est levée.

---





*From Dalhousie University:*

Dr. Desmond Leddin, Head, Division of Gastroenterology:

Dr. George Kephart, Director, Population Health Research Unit, Department of Community and Epidemiology:

Dr. Kenneth Rockwood, Faculty of Medicine, Division of Geriatric Medicine.

*From the Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*

Maxine Barrett.

*From the Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Dalhousie University:*

Sharon Batt, Chair.

*From the Feminists for Just and Equitable Public Policy:*

Georgia MacNeil, Chairperson.

*From the Cape Breton Regional Health Care Complex:*

John Malcolm, Chief Executive Officer:

Dr. Mahmood Naqvi, Medical Director, Cape Breton Regional Facility.

*From the Capital District Health Authority:*

Dr. John Ruedy, Vice-President, Academic Affairs.

*From the Canadian Medical Association:*

Dr. Henry Haddad, MD, President:

Bill Tholl, Secretary General:

Dr. Bruce Wright, President of the Medical Society of Nova Scotia:

Dr. Dana W. Hanson, President-Elect.

*From the Cobequid Community Health Board:*

Ryan Sommers.

*From Health Canada:*

Anne-Marie Léger, Policy Analyst.

*De l'Université Dalhousie:*

Le Dr Desmond Leddin, chef, Division de la gastro-entérologie:

Le Dr George Kephart, directeur, Unité de recherche en santé de la population, Département de la santé communautaire et de l'épidémiologie:

Le Dr Kenneth Rockwood, Faculté de médecine, Division de la médecine gériatrique.

*Du Nova Scotia Valley Caregivers Support Group:*

Maxine Barrett.

*De la Elizabeth May Chair in Women's Health and the Environment, Université Dalhousie:*

Sharon Batt, présidente.

*De Feminists for Just and Equitable Public Policy:*

Georgia MacNeil, présidente.

*Du Cape Breton Regional Health Care Complex:*

John Malcolm, chef de la direction:

Le Dr Mahmood Naqvi, directeur médical, installation régionale du Cap-Breton.

*Du Capital District Health Authority:*

Le Dr John Ruedy, vice-président, Affaires académiques.

*De l'Association médicale canadienne:*

Le Dr Henry Haddad, médecin, président:

Bill Tholl, secrétaire général:

Le Dr Bruce Wright, président, Medical Society of Nova Scotia:

La Dre, Dana W. Hanson, président élu.

*Du Conseil santé communautaire de Cobequid:*

Ryan Sommers.

*De Santé Canada:*

Anne-Marie Léger, analyste des politiques.



*If undelivered, return COVER ONLY to:*  
Public Works and Government Services Canada —  
Publishing  
45 Sacré-Cœur Boulevard,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

*En cas de non-livraison,*  
*retourner cette COUVERTURE SEULEMENT à:*  
Travaux publics et Services gouvernementaux Canada —  
Édition  
45 Boulevard Sacré-Cœur,  
Hull, Québec, Canada K1A 0S9

#### WITNESSES—TÉMOINS

*From the Canadian Auto Workers—Canada (CAW):*

Cecil Snow, President, Nova Scotia Health Care Council.

*From the Nova Scotia Association of Health Organizations:*

Robert Cook, President and Chief Executive Officer.

*From the Insurance Bureau of Canada:*

George Anderson, President and Chief Executive Officer;

Paul Kovacs, Senior Vice-President Policy and Chief Economist.

*From the Canadian Coalition Against Insurance Fraud:*

Mary Lou O'Reilly, Executive Director.

*From the Atlantic Institute for Market Studies:*

Dr. David Zitner, Fellow on Health Policy.

*From Dalhousie University:*

Dr. Nuala Kenny, Professor of Pediatrics and Chair, Department of Bioethics;

Dr. Vivek Kusumakar, Head, Mood Disorders Research Group, Department of Psychiatry;

Lawrence Nestman, Professor, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions;

Thomas Rathwell, Professor and Director, School of Health Services Administration, Faculty of Health Professions;

*Des Travailleurs canadiens de l'automobile:*

Cecil Snow, président, Nova Scotia Health Care Council.

*De la Nova Scotia Association of Health Organizations:*

Robert Cook, président-directeur général.

*Du Bureau d'assurance du Canada:*

George Anderson, président-directeur général;

Paul Kovacs, premier vice-président des politiques et économiste en chef.

*De la Coalition canadienne contre la fraude à l'assurance:*

Mary Lou O'Reilly, directrice générale.

*De l'Atlantic Institute for Market Studies:*

Le Dr David Zitner, professeur associé en matière de politique de santé.

*De l'Université Dalhousie:*

La Dre Nuala Kenny, professeure de pédiatrie et présidente, Département de bioéthique;

Le Dr Vivek Kusumakar, responsable du groupe de recherche sur les troubles de l'humeur, département de psychiatrie;

Lawrence Nestman, professeur, École d'administration des soins de santé, Faculté des professions de la santé;

Le Dr Thomas Rathwell, professeur et directeur, Faculté des professions de la santé;

*(Continued on previous page)*

*(Suite à la page précédente)*













